

10.^a EDICIÓN

MODELOS Y TEORÍAS

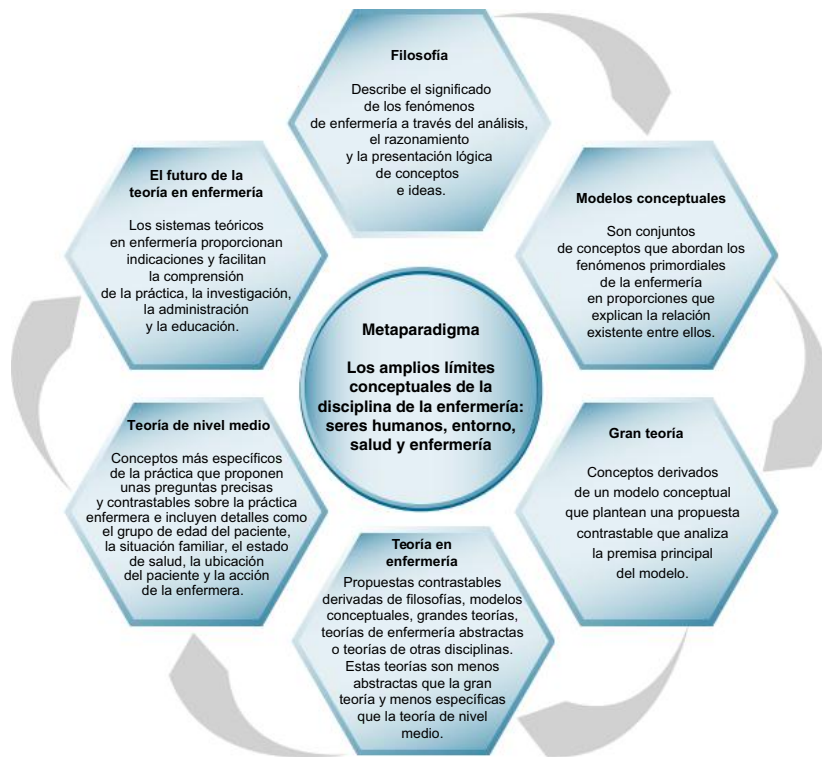
EN ENFERMERÍA



MARTHA RAILE ALLIGOOD

MODELOS Y TEORÍAS

EN ENFERMERÍA



MODELOS Y TEORÍAS

EN ENFERMERÍA

10.^a EDICIÓN

MARTHA RAILE ALLIGOOD

PHD, RN, ANEF

Professor Emeritus

College of Nursing

East Carolina University

Greenville, North Carolina



ELSEVIER



ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Nursing Theorists and Their Work, 10th edition

Copyright © 2022 by Elsevier, Inc. All rights reserved.

Previous editions copyrighted 2018, 2014, 2010, 2006, 2002, 1998, 1994, 1989, 1986 by Elsevier, Inc.

ISBN: 978-0-323-75702-7

This translation of *Nursing Theorists and Their Work*, 10th edition, by Martha Raile Alligood, was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier, Inc.

Esta traducción de *Nursing Theorists and Their Work*, 10.ª edición, de Martha Raile Alligood, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. y se publica con el permiso de Elsevier, Inc.

Modelos y teorías en enfermería, 10.ª edición, de Martha Raile Alligood.

© 2023 Elsevier España, S.L.U., 2007, 2011, 2018.

ISBN: 978-84-1382-299-0

eISBN: 978-84-1382-364-5

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U., bajo su exclusiva responsabilidad. Los profesionales de la salud e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos la evaluación y el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito en esta obra. Los rápidos avances en el conocimiento científico requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados de manera independiente. Conforme al alcance máximo permitido por la ley, ni Elsevier, ni los autores, editores o colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por cualquier reclamación por daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos o por negligencia, o como consecuencia de la aplicación de cualesquiera métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en esta obra. Con el único fin de hacer la lectura más ágil y en ningún caso con una intención discriminatoria, en esta obra se ha podido utilizar el género gramatical masculino como genérico, remitiéndose con él a cualquier género y no solo al masculino.

Revisión científica:

Miriam Rodríguez Monforte

Profesora asociada de Rotatorio Práctico Básico, de Enfermería Comunitaria y de Seminario Profesionalizador

Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna

Universitat Ramon Llull, Barcelona

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 13.124 - 2022

Impreso en España

*Dedicado a Charlie K. Alligood,
mi comprensivo esposo, al que quiero dar las gracias especialmente
por su amor y por su apoyo
en mi vida profesional.*

COLABORADORAS

Martha Raile Alligood, RN, BSL, BSN, MS, PhD

Professor Emeritus
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Herdis Alvsvåg, RN, Cand.polit

Professor
Faculty of Health
VID Specialized University
Oslo - Bergen - Stavanger
Norway

Mary T. Antonelli, PhD, RN, MPH

Assistant Professor
Graduate School of Nursing
University of Massachusetts Medical
School
Worcester, Massachusetts

Donald E. Bailey, PhD, RN, FAAN

Associate Professor
School of Nursing
Duke University
Durham, North Carolina

Violeta A. Berbiglia, EdD, MSN, BSN

Charter Member
Orem International Society
Helotes, Texas

April Bice, PhD, CPNP, APRN

Assistant Professor, Nursing
University of North Carolina -
Wilmington
Wilmington, North Carolina

Debra Bournes, RN, PhD

Chief Nursing Executive and Vice
President Clinical Programs,
The Ottawa Hospital
Regional Vice President Ontario
Health (Cancer Care Ontario)
Ottawa, Canada

Nancy Brookes, PhD, RN, MSc(A)

Nurse Scholar
Adjunct Professor
Health Sciences
University of Ottawa
Ottawa, Ontario, Canada

Karen A. Brykczynski, PhD, RN, FNP, FAANP, FAAN

Home Health Nurse
Home Health
Aspire Home Health Company, Inc
Clearwater, Florida
University Distinguished Professor
Retired
School of Nursing
University of Texas Medical Branch
Galveston, Texas

Sandra Schmidt Bunkers, BA, MS, PhD

Nursing Consultant
Health Connections
Sioux Falls, South Dakota

Sherrilyn Coffman, PhD, RN, COI

Professor
School of Nursing
Nevada State College
Henderson, Nevada

Margaret E. Erickson, PhD, RN, CNS, APRN, APHN-BC

CEO
Nursing
American Holistic Nurses
Credentialing Corporation
Cedar Park, Texas

Ann E. Fronczek, PhD, RN

Associate Professor
Decker College of Nursing and Health
Sciences
Binghamton University
Binghamton, New York

Mary E. Gunther, MSN, PhD, RN

Associate Professor
College of Nursing
University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Dana M. Hansen, PhD, APRN, ACHPN

Associate Professor
College of Nursing
Kent State University
Kent, Ohio

Sonya R. Hardin, PhD, CCRN, NP-C FAAN

Dean
School of Nursing
University of Louisville
Louisville, Kentucky

Robin Harris, PhD, RN, ANP-BC, ACNS-BC

Clinical Associate Professor
College of Nursing
University of Tennessee
Knoxville, Tennessee

Bonnie Holaday, PhD, RN, FAAN

Professor Emerita
School of Nursing
Clemson University
Clemson, South Carolina

Eun-Ok Im, PhD, MPH, RN, CNS, FAAN

Sr Assoc. Dean for Research
& Innovation
Professor Edith Folsom Honeycutt
Chair
Nell Hodgson Woodruff School
of Nursing Emory University
Atlanta, Georgia

Dorothy A. Jones, EdD, APRN, FAAN, FNI

Professor
Nursing
Boston College
Chestnut Hill, Massachusetts

Lisa Kitko, RN, PhD, FAHA, FAAN

Associate Dean Graduate Education
College of Nursing
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Theresa Gunter Lawson, PhD, APRN, FNP-BC

Regional Clinical Coordinator
College of Nursing and Public Health
South University
Savannah, Georgia

Danielle M. Leone-Sheehan, PhD, RN

Assistant Professor
Nursing
Endicott College
Beverly, Massachusetts

Unni Å. Lindström, PhD, RN

Professor Emerita
Department of Caring Science
Åbo Academy University
Vasa, Finland

Mary Katherine Maeve, PhD, RN

North Augusta, South Carolina

Marilyn R. McFarland, PhD, MSN, BSN

Professor of Nursing
School of Nursing
University of Michigan–Flint
Flint, Michigan

Gwen McGhan, RN, PhD, GNC(c)

Assistant Professor
Faculty of Nursing
University of Calgary
Calgary, Alberta, Canada

Linda C. Mefford, PhD, MSN, APRN, NNP-BC, RNC-NIC

Associate Professor
Lansing School of Nursing and Clinical Sciences
Bellarmine University
Louisville, Kentucky

Molly Meighan, BSN, MSN, PhD, RN

Professor Emerita
Nursing
Carson Newman University
Jefferson City, Tennessee

Patricia R. Messmer, PhD, NPD, RN, FAAN

Consultant for Nursing Research & Education
Benjamín León School of Nursing
Miami Dade College
Miami, Florida

Gail J. Mitchell, RN, PhD

Professor Emeritus
School of Nursing
York University
Toronto, Canada

Julie L. Murphy, PhD, RN

Assistant Professor
Department of Nursing
King's College
Wilkes Barre, Pennsylvania

Lisbet Lindholm Nyström, PhD, RN

Associate Professor, Retired
Department of Caring Science
Åbo Academy University
Vasa, Finland

Susan A. Pfettscher, PhD, RN

Retired
Bakersfield, California

Marie Elizabeth Pokorny, PhD, RN

Professor Emeritus
College of Nursing
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Marguerite J. Purnell, PhD, RN

Professor Emeritus
Christine E. Lynn College of Nursing
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida

Pamela G. Reed, PhD, MSN, MA, RN, FAAN

Professor
College of Nursing
The University of Arizona
Tucson, Arizona

Savina O. Schoenhofer, PhD, RN

Co-Developer
Jackson, Mississippi

Ann M. Schreier, PhD, MSN, BSN

Professor
Nursing Science
East Carolina University
Greenville, North Carolina

Carrie J. Scotto, PhD, RN

Associate Professor
School of Nursing
University of Akron
Akron, Ohio

Cynthia K. Snyder, PhD, RN

College of Nursing
Pennsylvania State University
State College, Pennsylvania

Luu Thi Thuy, PhD, RN

Faculty of Nursing
Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy
Da Nang, Vietnam

Jane C. Wilson, PhD, RN

Assistant Professor of Nursing
Palm Beach Atlantic University
West Palm Beach, Florida

**Danuta M. Wojnar, PhD,
RN, FAAN**
Professor and Associate Dean
for Academic Affairs
Undergraduate Education
College of Nursing
Seattle University
Seattle, Washington

Joan E. Zetterlund, PhD, RN
Professor Emerita
School of Nursing
North Park University
Chicago, Illinois

Yingzi Zhang, PhD, RN
Assistant Professor
School of Nursing
University of Rochester
Rochester, New York

REVISORAS

Mary Malaska, DNP, MS, RNC-MN, CNE
Director RN to BSN Program, Assistant Professor
Health, Counseling, and Counseling Psychology
Oklahoma State University, College of Education,
Health and Aviation
Stillwater, Oklahoma

Tammy J. Martineau, DNP, MSN, RN
Associate Professor of Nursing
Health Sciences
College of Central Florida
Ocala, Florida

SOBRE LA EDITORA



Martha Raile Alligood es profesora emérita de la Facultad de Enfermería de la East Carolina University en Greenville, Carolina del Norte, donde fue directora del programa de doctorado en Enfermería.

Graduada por la Good Samaritan School of Nursing, es licenciada en Literatura Sagrada (BSL) por la Johnson University, licenciada en Ciencias de la Enfermería (BSN) por la University of Virginia, cuenta con un máster (MS) con especialización en Enfermería por la Ohio State University y obtuvo el doctorado (PhD) en Ciencias de la Enfermería por la New York University.

Su carrera en la docencia de la enfermería comenzó en Rodesia (actualmente Zimbabue), en África, y se desarrolló a través de nombramientos como profesora en la University of Florida, la University of South Carolina, la University of Tennessee y la East Carolina University. Perteneció a las asociaciones profesionales Epsilon and Beta Nu Chapters de

Sigma Theta Tau International (STTI) y Society of Rogerian Scholars (SRS).

Ha recibido numerosos premios y distinciones y es miembro de la Academy of Nursing Education Fellow (ANEF) de la National League for Nursing (NLN). Recibió los premios Leadership in Research de la Southern Nursing Research Society (SNRS), Chancellor's Women of Distinction de la East Carolina University y Golden Slinky Award de la Society of Rogerian Society, y fue incluida en el Hall of Fame de la East Carolina University College of Nursing. Como miembro del consejo de administración de la Johnson University, la Dra. Alligood preside el comité de asuntos académicos.

Es conocida a nivel nacional e internacional por su experiencia en teorías de la enfermería, fue editora colaboradora de la columna «Theoretical Concerns» de *Nursing Science Quarterly*, vol. 24, 2011, y consultora y entrevistadora para *The Nurse Theorists: Portraits of Excellence*, vol. II, 2008 y vol. III, 2016, una serie de vídeos para Fitne, Inc. Athens, Ohio. Es autora y editora de la quinta edición de *Nursing Theory: Utilization & Application*, así como de esta décima edición de *Modelos y teorías en enfermería*. Cada uno de estos textos ha sido traducido y publicado en numerosos idiomas.

La Dra. Alligood está casada con Charlie K. Alligood. Tienen un hijo, cinco nietos, dos bisnietas y un bisnieto.

En su décima edición, este libro sigue siendo un homenaje a las teóricas de la enfermería y es un clásico en la literatura sobre teorías enfermeras. Presenta a las principales pensadoras teóricas de la enfermería, revisa las ideas más importantes que han dado lugar a la creación de conocimientos, enumera sus publicaciones e indica a los lectores quiénes utilizan las obras y escriben sobre ellas en sus propias publicaciones teóricas.

Las introducciones de las unidades presentan al lector una figura que constituyó una novedad en la novena edición, así como una lista de puntos que resumen el nivel de las obras recogidas en esa unidad. El objetivo de la figura es ilustrar el nivel de abstracción de los trabajos teóricos presentados en cada unidad en relación con los niveles de los trabajos de las demás unidades. El gráfico de la unidad I ilustra la primacía del núcleo constituido por persona, entorno, salud y enfermería, es decir, los conceptos metaparadigmáticos de los límites disciplinarios de la enfermería.

En la unidad I se introduce al estudiante en la teoría en enfermería, el desarrollo del conocimiento en enfermería y la organización del texto. En el capítulo 1 se presenta una breve historia del desarrollo del conocimiento en enfermería y su importancia para la disciplina y la práctica de la profesión. En el capítulo 2 se continúa la introducción histórica con diez textos seleccionados de ediciones anteriores de *Modelos y teorías en enfermería* para presentar brevemente a las teóricas de la enfermería de importancia histórica. Estas teóricas son Peplau, Henderson, Abdellah, Wiedenbach, Hall, Travelbee, Barnard, Adam, Orlando y el trabajo de Roper, Logan y Tierney. En los capítulos 3 y 4 se presenta una introducción a la historia y la filosofía de la ciencia y a los procesos de desarrollo de teorías. Por último, el capítulo 5 introduce al estudiante en la estructura del conocimiento enfermero y en el marco de análisis utilizado para organizar el contenido de los capítulos 6 a 36.

En la unidad II se presentan las filosofías de Nightingale, Watson, Ray, Benner, Martinsen y Eriksson. La unidad III incluye los modelos de enfermería de Levine, Rogers, Orem, King, Neuman, Roy y Johnson. La unidad IV comienza con el trabajo de Boykin y Schoenhofer sobre teoría de la enfermería, seguido de los trabajos de Meleis, Pender, Leininger, Newman, Parse, los Husted y Erickson, Tomlin y Swain. En la unidad V se presentan las teorías de nivel medio de Mercer, Mishel, Reed, Wiener y Dodd, Eakes, Burke y Hainsworth, Barker, Kolcaba, Beck, Swanson, y Ruland y Moore. La unidad VI ofrece tres perspectivas sobre las innovaciones y la ciencia de las teorías de enfermería: la expansión de la filosofía de la ciencia enfermera; el avance del desarrollo teórico y de las teorías de nivel medio en esta era de utilización de las teorías,

y la evidencia global de los trabajos teóricos de enfermería en la literatura de enfermería de todo el mundo.

En este texto se recogen los trabajos de teóricas de la enfermería de todo el mundo, incluidas las obras de teóricas internacionales que han sido traducidas al inglés. *Modelos y teorías en enfermería* también se ha traducido a numerosos idiomas para profesores y estudiantes de enfermería y profesionales de enfermería en ejercicio de otras partes del mundo.

Enfermeras y estudiantes de todas las etapas de formación y de la carrera profesional están interesados en conocer las teorías de enfermería y en aplicar las obras de teóricas de todo el mundo. Aquellos que acaban de empezar su formación en enfermería, como los estudiantes de grado, encontrarán interesante la vida de las teóricas, su enfoque conceptual, sus definiciones y sus afirmaciones teóricas. Los estudiantes de posgrado, a nivel de máster y doctorado, se sentirán más atraídos por el planteamiento lógico, la aceptación por parte de la comunidad de enfermería, las fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría, el uso de datos empíricos y los análisis de cada trabajo. La bibliografía y las lecturas recomendadas son especialmente útiles para los estudiantes de posgrado, ya que les indican las fuentes primarias y secundarias que amplían el conocimiento específico de cada teórica. Las siguientes páginas web son excelentes recursos para obtener información sobre la investigación teórica y enlaces a las teorías presentadas en este libro:

- Página de enlace a las teorías en enfermería, Clayton College and State University, Department of Nursing: <http://www.clayton.edu/nursing/Nursing-Theory>
- Página de teorías e investigación en enfermería, Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego: <https://www.sandiego.edu/nursing/research/nursing-theory-research.php>
- Una completa colección de recursos sobre teorías en enfermería, *The Nurse Theorists: Portraits of Excellence, Vol. I, Vol. II, Vol. III* y *Nurse Theorists: Excellence in Action*: https://www.fitne.net/nurse_theorists.jsp

Los trabajos de las teóricas presentados en este texto han estimulado un crecimiento extraordinario de la literatura de enfermería y han enriquecido la vida profesional de las enfermeras de todo el mundo al guiar la investigación, la formación, la administración y la práctica de la enfermería. El crecimiento profesional progresa a medida que analizamos y sintetizamos estos trabajos, generamos nuevas ideas y desarrollamos nuevas teorías y aplicaciones para la formación en la disciplina de la enfermería y los cuidados de alta calidad en la práctica de la enfermería.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dar las gracias a las teóricas que llevaron a cabo la revisión del original y de muchos capítulos posteriores sobre ellas mismas para mantenerlos actualizados y con un contenido preciso. La labor de Patterson y Zderad se ha omitido por petición expresa.

Estoy muy agradecida a aquellos que han contribuido o trabajado en el anonimato en las ediciones anteriores para desarrollar este libro a lo largo de los años. En la tercera edición, me uní a Ann Marriner Tomey, que fue la autora principal, para reordenar los capítulos de acuerdo con una nueva organización del texto y editarlos para que fuesen coherentes con esa nueva organización. Posteriormente, el personal de Mosby me invitó a diseñar y coeditar un **libro de teorías de la enfermería enfocado en la práctica**, *Nursing Theory: Utilization and Application*. A partir de la quinta edición de *Modelos y teorías en enfermería*, Ann Marriner Tomey me invitó a coeditar y participar en dos ediciones más (quinta y sexta) de esta obra. Después de que Ann se jubilase, completé la séptima, la octava, la novena y la décima ediciones. Quiero dar las gracias a Ann por su visión a la hora de desarrollar esta obra. Sus consejos, sabiduría y orientación como colaboradora contribuyeron al desarrollo de mi carrera profesional. Merece ser elogiada por poner en marcha este libro, que sigue haciendo valiosas aportaciones globales a la disciplina y a la profesión de enfermería. La Dra. Marie E. Pokorny, a quien consulté sobre la reestructuración de la unidad I para la novena edición, me brindó su apoyo y sus sabios consejos para reflejar el flujo de la historia en esa unidad de cara a los estudiantes principiantes.

Como en la mayoría de las nuevas ediciones, doy la bienvenida a las nuevas autoras y estudiantes de doctorado que han colaborado en los capítulos de esta décima edición: la Dra. Luu Thi Thuy en el [capítulo 14](#) sobre Orem, la Dra. Ann Fronczek en el [capítulo 15](#) sobre King, la Dra. Yingzi Zhang en el [capítulo 28](#) sobre Mishel y la Dra. April Bice en el [capítulo 33](#) sobre Katherine Kolcaba; también quiero dar las gracias a las autoras anteriores, que se mencionan al pie de la página inicial de cada capítulo, por su contribución a las primeras ediciones de esta obra. Quiero expresar mi más sentida condolencia a la familia, los amigos y los seres queridos de las teóricas que han fallecido desde la última edición: la Dra. Margaret Newman, la Dra. Merle Mishel, los Dres. Gladys y James Husted y la Dra. Katie Eriksson.

Quiero agradecer a los editores de Elsevier su orientación y ayuda a lo largo de los años para que este libro haya llegado a su décima edición. Las revisiones publicadas y las revisiones externas solicitadas por los editores de Elsevier han contribuido al éxito del desarrollo de cada nueva edición. Por último, doy las gracias a las autoras de los capítulos, que a lo largo de los años han participado con su experto conocimiento sobre las teóricas y su obra; todas ellas siguen realizando una valiosísima contribución.

Martha Raile Alligood

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

UNIDAD I Evolución de las teorías en enfermería

- 1 Introducción a las teorías en enfermería: historia e importancia, 2**
Martha Raile Alligood
- 2 Teóricas de la enfermería con importancia histórica, 11**
Marie Elizabeth Pokorny
- 3 Historia de la ciencia enfermera, 29**
Sonya R. Hardin
- 4 Proceso de desarrollo de teorías, 36**
Sonya R. Hardin
- 5 Estructura y análisis del conocimiento especializado en enfermería, 46**
Martha Raile Alligood

UNIDAD II Filosofías enfermeras

- 6 Florence Nightingale: la enfermería moderna, 52**
Susan A. Pfettscher
- 7 Jean Watson: filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, 68**
Danielle M. Leone-Sheehan
- 8 Marilyn Anne Ray: teoría de la atención burocrática, 82**
Sherrilyn Coffman
- 9 Patricia Benner: cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 101**
Karen A. Brykczynski
- 10 Kari Martinsen: filosofía de la asistencia, 123**
Herdis Alvsåvg
- 11 Katie Eriksson: teoría del cuidado caritativo, 143**
Lisbet Lindholm Nyström, Unni Å Lindström, Joan E. Zetterlund, Martha Raile Alligood

UNIDAD III Modelos conceptuales en enfermería

- 12 Myra Estrin Levine: el modelo de la conservación, 168**
Linda C. Mefford

- 13 Martha E. Rogers: seres humanos unitarios, 183**
Mary E. Gunther
- 14 Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado en enfermería, 198**
Violeta A. Berbiglia, Luu Thi Thuy
- 15 Imogene M. King: sistema conceptual y teoría de nivel medio del logro de objetivos, 213**
Ann E. Fronczek, Patricia R. Messmer
- 16 Betty Neuman: modelo de sistemas, 231**
Theresa Gunter Lawson
- 17 Sor Callista Roy: modelo de adaptación, 247**
Robin Harris
- 18 Dorothy Johnson: modelo del sistema conductual, 270**
Bonnie Holaday

UNIDAD IV Teorías y grandes teorías

- 19 Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer: teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica, 290**
Savina O. Schoenhofer, Marguerite J. Purnell
- 20 Afaf Ibrahim Meleis: teoría de las transiciones, 306**
Eun-Ok Im
- 21 Nola J. Pender: modelo de promoción de la salud, 320**
Jane C. Wilson
- 22 Madeleine M. Leininger: teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 334**
Marilyn R. McFarland
- 23 Margaret A. Newman: salud como expansión de la conciencia, 354**
Dorothy A. Jones, Mary T. Antonelli
- 24 Rosemarie Rizzo Parse: desarrollo humano, 370**
Sandra Schmidt Bunkers, Debra A. Bournes, Gail J. Mitchell
- 25 Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain: modelos y modelado de roles, 394**
Margaret E. Erickson
- 26 Gladys L. Husted y James H. Husted: teoría bioética sinfonológica, 414**
Carrie J. Scotto

UNIDAD V Teorías de nivel medio

- 27 Ramona T. Mercer: adopción del rol materno: convertirse en madre, 430**
Molly Meighan
- 28 Merle Mishel: teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, 445**
Donald E. Bailey, Jr., Yingzi Zhang
- 29 Pamela G. Reed: teoría de la transcendencia del yo, 461**
Pamela G. Reed
- 30 Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd: teoría de la trayectoria de la enfermedad, 475**
Julie L. Murphy, Lisa Kitko, Gwen McGhan, Cynthia K. Snyder
- 31 Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke y Margaret A. Hainsworth: teoría del duelo disfuncional, 488**
Ann M. Schreier
- 32 Phil Barker: modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 503**
Nancy Brookes

- 33 Katharine Kolcaba: teoría del confort, 526**
April Bice
- 34 Cheryl Tatano Beck: teoría de la depresión posparto, 539**
Mary Katherine Maeve
- 35 Kristen M. Swanson: teoría de los cuidados, 553**
Danuta M. Wojnar
- 36 Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore: teoría del final tranquilo de la vida, 563**
Dana M. Hansen

UNIDAD VI El futuro de las teorías en enfermería

- 37 Estado del arte y la ciencia de la teoría en enfermería, 572**
Martha Raile Alligood

Índice alfabético, 579

MODELOS Y TEORÍAS

EN ENFERMERÍA

Evolución de las teorías en enfermería

- Las estudiosas de la enfermería lideraron la búsqueda de conocimientos teóricos especializados en enfermería para orientar la educación, la práctica profesional, la investigación y la administración.
- La historia de la enfermería y los importantes desarrollos demuestran la increíble influencia que la teoría ha tenido en la enfermería como campo especializado de la práctica (la profesión) y como división de la educación (la disciplina).
- La enfermería siguió un camino de desarrollo desde los conceptos a los marcos conceptuales, a los modelos, a las teorías y a las teorías de nivel medio de la práctica en la época de utilización de la teoría.
- El conocimiento del papel que desempeñan los conceptos en el proceso de desarrollo de teorías contribuye a comprender los trabajos teóricos de la disciplina de la enfermería.
- La teoría desempeña un papel importante en el desarrollo del conocimiento al especificar la pregunta y el enfoque y guiar el proceso de investigación.
- El análisis facilita el aprendizaje mediante la revisión sistemática y la reflexión crítica de los trabajos teóricos de la disciplina.
- El análisis de la teoría inicia el proceso de identificación de un marco de toma de decisiones para la práctica o la investigación de la enfermería.



Introducción a las teorías en enfermería: historia e importancia

Martha Raile Alligood*

«La acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión [...] sin embargo, la teoría y la práctica deben interactuar constantemente. La teoría sin la práctica está vacía, y la práctica sin la teoría, ciega.»

(Cross, 1981, p. 110)

Este texto está concebido para presentar a las teóricas de la enfermería y su trabajo. La teoría de la enfermería se convirtió en un tema importante en la última mitad del siglo XX, y esta continúa estimulando un crecimiento profesional sustancial a nivel mundial a través de la mejora de la calidad, el desarrollo de la literatura sobre enfermería y la educación en todo el mundo (Fawcett, 2016). Las teóricas de la enfermería que se presentan en esta obra se han elegido para dar a conocer a los estudiantes de todos los niveles una amplia gama de teóricas y sus distintos trabajos. Aunque las enfermeras de las épocas iniciales solían proporcionar una asistencia excelente a sus pacientes, gran parte de los conocimientos enfermeros no se habían demostrado ni se usaban de forma uniforme en la práctica o la formación. Las ideas que parecían eficaces en la práctica se transmitían mediante la enseñanza centrada en la habilidad y en las tareas funcionales. A principios del siglo XX, el Congreso de EE. UU. y las líderes de la enfermería se propusieron como objetivo principal el desarrollo de la enfermería como profesión. Para conseguir el reconocimiento de la enfermería como profesión era preciso establecer unos criterios de conocimiento enfermero en los que basar la práctica de la enfermería para mejorar la calidad de los cuidados. La historia de la enfermería documenta claramente las constantes iniciativas hacia ese objetivo de desarrollar un conjunto especializado de conocimientos en enfermería para guiar la práctica enfermera (Alligood, 2014, 2018; Bixler y Bixler, 1959; Chinn y Kramer, 2018; Im y Chang, 2012; Judd y Sitzman, 2014; McCrae, 2012; Meleis, 2018; Shaw, 1993; Tobbell, 2018).

En este capítulo, la teoría de la enfermería se considera desde dos perspectivas importantes: la historia y el significado.

Cada uno de estos aspectos contribuye a comprender el significado de las aportaciones de las teóricas de la enfermería y su trabajo. Una breve **historia** del desarrollo de la enfermería, desde la etapa vocacional hasta la profesional, expone una descripción histórica centrada en la búsqueda de los principales conocimientos en enfermería. Esta búsqueda progresiva condujo a esta última y excitante época final de utilización de las teorías dentro de la historia de la enfermería. El avance de la búsqueda proporciona contexto y perspectiva para comprender el significado de la teoría en enfermería. Conforme avanzaba la enfermería, la **importancia** de las teorías en enfermería quedaba más clara para la disciplina académica y la profesión enfermera.

HISTORIA DE LAS TEORÍAS EN ENFERMERÍA

La historia de la enfermería profesional comenzó con Florence Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos. Después de su servicio de organización y cuidado de los heridos en Scutari, durante la Guerra de Crimea, su idea y la creación de una escuela de Enfermería en el St. Thomas' Hospital de Londres fijó el nacimiento de la enfermería moderna. Las actividades pioneras de Nightingale en la práctica y la docencia de la enfermería y sus obras posteriores se convirtieron en una guía a principios del siglo XX para el establecimiento de escuelas de enfermería y hospitales en EE. UU. (Judd y Sitzman, 2014; Kalisch y Kalisch, 2003; Nightingale, 1859/1969).

La visión de Nightingale (1859/1969) sobre la enfermería ha estado en práctica durante más de un siglo, y el desarrollo de la teoría en la enfermería ha evolucionado rápidamente, lo que ha llevado al reconocimiento de la enfermería como una

*Autoras anteriores: Elizabeth Chong Choi, Juanita Fogel Keck y Ann Marriner Tomey.

disciplina académica con un corpus de conocimiento especializado y propio (Alligood, 2014; Bixler y Bixler, 1959; Chinn y Kramer, 2018; Fawcett, 2016; Im y Chang, 2012). Fue a mediados del siglo XIX cuando Nightingale (1859/1969) reconoció el enfoque único de la enfermería y aclaró la distinción entre los conocimientos enfermeros y los conocimientos médicos. Describió que la función propia del profesional de enfermería era poner a los pacientes en las mejores condiciones para que la naturaleza (Dios) actúe sobre ellos, y expuso lo siguiente: que el cuidado de los enfermos se basa en el conocimiento de las personas y de su entorno, una base de conocimiento diferente a la que utilizan los médicos en su ejercicio (Nightingale, 1859/1969). A pesar de esta aserción inicial de Nightingale en la década de 1850, fue 100 años más tarde, durante la década de 1950, cuando las líderes de la enfermería empezaron a debatir seriamente la necesidad de desarrollar unos conocimientos enfermeros aparte de los conocimientos médicos para orientar la práctica de la enfermería. Esta concienciación de la necesidad de desarrollar los conocimientos en enfermería sigue creciendo (Alligood, 2014, 2018; Chinn y Kramer, 2018; Meleis, 2018; Tobbell, 2018). Hasta la propuesta de la enfermería como ciencia en la década de 1950, la práctica de la enfermería se basaba principalmente en los principios y las tradiciones transmitidos a través de un modelo educativo basado en el aprendizaje y los manuales de procedimientos hospitalarios (Kalisch y Kalisch, 2003). Aunque algunas figuras prominentes de la enfermería aspiraban a que su campo fuera reconocido como una profesión y se convirtiera en una disciplina académica, la práctica de la enfermería reflejaba su legado vocacional, más que su visión profesional. La transición de la vocación a la profesión se describe a través de las sucesivas eras de la historia cuando las enfermeras empezaron a desarrollar un corpus de conocimientos especializados en el cual basar la práctica enfermera. El progreso en cada época hacia el objetivo de unos conocimientos especializados para la práctica de la enfermería demuestra la seriedad de este impulso hacia el desarrollo profesional (Alligood, 2014).

La **época del plan de estudios** abordaba la cuestión de qué contenidos debían estudiarse para llegar a ser profesionales de enfermería. Durante esta época, se hizo hincapié en las materias que debían cursar los estudiantes de enfermería, con el objetivo de establecer un plan de estudios estandarizado (Alligood, 2014). A mediados de la década de 1930 se había publicado un plan de estudios normalizado, que fue adoptado por muchos programas de diplomatura en Enfermería en los que se enseñaba esta disciplina en aquella época. La idea de trasladar la formación en enfermería de los programas de diplomatura del hospital a las escuelas y facultades universitarias comenzó a surgir durante esta época (Ervin, 2015; Judd y Sitzman, 2014). A pesar de este concepto temprano de la formación en enfermería, hubo que esperar hasta mediados de siglo para que muchos estados actuaran de acuerdo con este objetivo, y hasta la segunda mitad del siglo XX no empezaron a clausurarse los programas de diplomatura y a inaugurarse los programas de formación en enfermería en escuelas y

facultades universitarias (Ervin, 2015; Judd y Sitzman, 2014; Kalisch y Kalisch, 2003; Tobbell, 2018). La época del plan de estudios insistía en la selección de cursos y contenidos para los programas de enfermería. Con el reconocimiento del papel que desempeña la investigación en el desarrollo de los conocimientos científicos y el objetivo a largo plazo de adquirir unos conocimientos sustanciales para orientar la práctica de la enfermería, el enfoque del plan de estudios dio paso a la época de la investigación.

Cuando comenzó la **época del énfasis en la investigación**, a mediados del siglo XX, un mayor número de líderes enfermeras completaron los estudios superiores y llegaron a comprender la época científica y la vía de la investigación hacia unos nuevos conocimientos en enfermería. Los profesionales de enfermería comenzaron a participar en la investigación, y se incluyeron asignaturas sobre investigación en los planes de estudio de los primeros programas de grado en enfermería (Alligood, 2014; Tobbell, 2018). En la década de 1970, una evaluación de los primeros 25 años de la revista *Nursing Research* reveló que los estudios de enfermería carecían de conexiones conceptuales y marcos teóricos, lo que acentuaba la necesidad de desarrollar unos conocimientos en enfermería especializados (Batey, 1977). La toma de conciencia en torno a la necesidad de desarrollar conceptos y teorías coincidió con otros dos hitos en la evolución de la teoría en enfermería: la normalización de los planes de estudio para los títulos de máster en enfermería de acuerdo con los criterios de acreditación de la National League for Nursing para los programas de diplomatura y de grado superior, y la decisión de que la formación de doctorado para los profesionales de enfermería debería versar sobre enfermería (Alligood, 2014; Tobbell, 2018).

La época de la investigación y la **época de la formación superior** se desarrollaron a la par. Nacieron programas de máster en Enfermería en todo el país (EE. UU.) para atender la necesidad de profesionales enfermeros como especialistas para la práctica clínica. Muchos de estos programas de estudios superiores incluían un curso que introducía al estudiante en el proceso de investigación. Además, durante esta época, los programas de máster de enfermería comenzaron a incluir materias de desarrollo de conceptos y modelos de enfermería, a través de las cuales se presentó a los estudiantes una introducción a las primeras teóricas de la enfermería y a los procesos de desarrollo de conocimientos (Alligood, 2014; Tobbell, 2018). El desarrollo del conocimiento en enfermería fue una importante fuerza impulsora durante esta época. La licenciatura empezó a adquirir una aceptación cada vez más amplia como nivel formativo de los profesionales de enfermería, reconociéndose como disciplina académica en la educación superior. Los investigadores en enfermería empezaron a desarrollar y a clarificar un corpus de conocimientos especializados en su campo, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes, proporcionar un estilo de práctica profesional y alcanzar el reconocimiento como profesión. En los años sesenta surgieron debates y discusiones acerca de la dirección adecuada y la disciplina correcta de cara al

desarrollo de los conocimientos en enfermería. En los años setenta, la enfermería prosiguió en la senda de la transición desde la vocación a la profesión, conforme sus figuras más destacadas debatían sobre si su profesión debía basarse en la propia enfermería o en alguna otra disciplina. La historia registra el resultado de que la práctica enfermera debe basarse en la ciencia enfermera (Alligood, 2014; Fawcett, 1978; Nicoll, 1986). Como señaló Meleis (2007), «la teoría no es un lujo en la disciplina enfermera... sino que forma parte del léxico de la enfermería en la educación, la administración y la práctica» (p. 4). Un elemento precursor importante de la época de las teorías fue la aceptación general de la enfermería como una profesión y una disciplina académica.

La **época de las teorías** fue una consecuencia natural de las épocas de la investigación y la formación superior (Alligood, 2014; Im y Chang, 2012). La proliferación explosiva de programas de doctorado en Enfermería a partir de la década de 1970 y las publicaciones sobre teorías en enfermería fundamentaron que los doctorados en enfermería debían versar sobre enfermería y no sobre otras disciplinas (Nicoll, 1986, 1992, 1997; Reed y Shearer, 2009, 2012; Reed et al., 2003; Tobbell, 2018). Conforme aumentaba la comprensión de la investigación y el desarrollo de conocimientos, quedó claro que los estudios de investigación sin un marco conceptual y teórico generaba información aislada, en lugar de un corpus de conocimientos sustanciales. La comprensión de que tanto la investigación como la teoría eran necesarias para producir la ciencia enfermera impulsó a los profesionales de enfermería hacia su objetivo (Batey, 1977; Fawcett, 1978; Hardy, 1978; Tobbell, 2018). El doctorado en Enfermería empezó a evolucionar centrándose en el desarrollo y la demostración de las teorías. La época de las teorías se aceleró cuando los trabajos iniciales se convirtieron en marcos para los currículos y las recomendaciones de práctica avanzada empezaron a ser reconocidas como teorías. De hecho, la conferencia sobre teorías en enfermería para docentes de enfermería, celebrada en Nueva York en 1978, presentó por primera vez a un grupo de teóricas de la enfermería en un programa conjunto (Alligood, 2014; Fawcett, 1984).

La década de 1980 fue una época de grandes desarrollos en las teorías en enfermería, que se ha caracterizado como una transición de un periodo preparadigma al paradigma en enfermería (Fawcett, 1984; Hardy, 1978; Kuhn, 1970; Tobbell, 2018). Los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la educación, la práctica, la investigación, la administración y el desarrollo posterior de las teorías en enfermería. En la década de 1980, la propuesta original de Fawcett de un metaparadigma en enfermería, con cuatro conceptos globales de enfermería como estructura organizativa de los marcos de enfermería existentes, introdujo una forma de entender los trabajos teóricos individuales en una relación significativa (Fawcett, 1978, 1984, 1993). Es decir, la clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas delimitados por los conceptos metaparadigmáticos de **persona**, **entorno**, **salud** y **enfermería** consolidó sistemáticamente los

trabajos teóricos en enfermería para la disciplina. Esta clasificación sistemática situó los trabajos teóricos en un contexto más amplio y mejoró la comprensión del desarrollo del conocimiento en enfermería, facilitando en gran medida el crecimiento de la ciencia enfermera (Fawcett, 2005). El corpus de la ciencia enfermera en la investigación, la educación, la administración y la práctica continúa expandiéndose en la enseñanza de la enfermería.

En las últimas décadas del siglo XX, el énfasis pasó de **aprender** sobre las teóricas a **utilizar** los trabajos teóricos para generar preguntas de investigación, orientar la práctica y organizar los planes de estudio. La evidencia de este crecimiento de los trabajos teóricos proliferó en presentaciones específicas en conferencias nacionales e internacionales, y en boletines, revistas y libros escritos por científicos especializados en enfermería y comunidades de expertos en modelos y teorías de esta disciplina. Los miembros contribuyeron a la literatura general en enfermería y comunicaron sus investigaciones y su práctica según un modelo o marco de un determinado paradigma en las conferencias de las sociedades en las que expusieron sus conocimientos e hicieron avanzar la ciencia del paradigma seleccionado (Alligood, 2014, 2018; Im y Chang, 2012; Roy, 2018; Smith, 2020).

Estas observaciones del progreso en el desarrollo de las teorías en enfermería dan vida a la descripción de Kuhn (1970) de la ciencia normal. Su filosofía de la ciencia aclara la evolución de las teorías en enfermería a través de la ciencia de los paradigmas. Es importante comprender, en términos históricos, que lo que en la actualidad contemplamos colectivamente como modelos y teorías de enfermería es obra de profesionales de enfermería que originalmente publicaron sus ideas y conceptualizaciones individuales acerca de esta profesión en diversos lugares de EE. UU. y en todo el mundo. Posteriormente, estos trabajos se consideraron en conjunto dentro de la estructura sistemática del conocimiento basado en el análisis y la evaluación (Fawcett, 1984, 1993, 2005, 2016). El desarrollo teórico surgió como un proceso y un producto de los conocimientos profesionales y el desarrollo entre figuras prominentes de la enfermería, administradores, docentes y profesionales que aspiraban a una formación superior. Aquellas figuras reconocieron las limitaciones de la teoría con respecto a otras disciplinas a la hora de describir, explicar o predecir los resultados de la enfermería, y se esforzaron por establecer una base científica para los programas de estudios, práctica, investigación y gestión en este campo. El desarrollo y el uso de la teoría condujeron a lo que hoy se reconoce como la época de las teorías en enfermería (Alligood, 2014; Nicoll, 1986, 1992, 1997; Reed y Shearer, 2012; Reed et al., 2003; Tobbell, 2018; Wood, 2014). Como dijeron Fitzpatrick y Whall (1983), «la enfermería está al borde de una nueva época apasionante» (p. 2). Esta concienciación dio paso a la **época de utilización de la teoría**.

Los logros de la ciencia normal acompañaron a la época de utilización de la teoría, ya que el énfasis se trasladó a la aplicación de la teoría en la práctica, la formación, la investigación y la gestión en enfermería (Alligood, 2014, 2018; Kuhn, 1970;

TABLA 1.1 Épocas históricas de búsqueda de un conocimiento enfermero especializado

Época histórica	Cuestión principal	Énfasis	Resultados	Objetivo emergente
Época del plan de estudios: 1900-1949	¿Qué contenido deberían estudiar los estudiantes en los planes de estudios para ser profesionales de enfermería?	Cursos incluidos en programas de Enfermería	Planes de estudios normalizados para programas de diplomatura	Desarrollo de conocimiento especializado y formación superior
Época de la investigación: 1950-1979	¿Cuál es el foco de la investigación en enfermería?	Función de los profesionales de enfermería y qué investigar	Estudios de problemas y estudios de los profesionales de enfermería	Los estudios aislados no producen un conocimiento unificado
Época de la formación superior: 1950-1979	¿Qué conocimientos se necesitan para la práctica de la enfermería?	Desarrollar una función avanzada y una base para la práctica enfermera	Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la atención sanitaria	Enfoque en la formación superior para el desarrollo de conocimientos
Época de las teorías: 1980-1999	¿Cómo guían estos marcos la investigación y la práctica?	Existen muchas formas de pensar sobre la enfermería	Los trabajos teóricos sobre enfermería desplazan el foco hacia el paciente	Las teorías guían la investigación y la práctica
Época de utilización de la teoría: siglo XXI	¿Qué nuevas teorías es necesario producir para proporcionar cuidados de calidad?	Las teorías en enfermería orientan la investigación, la práctica, la formación y la administración	Teorías de nivel medio a partir de enfoques cuantitativos o cualitativos	Los marcos de enfermería producen conocimiento (evidencias) para unos cuidados de calidad

Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization & application*. Louis: Mosby-Elsevier.

Wood, 2014). En este período, se concretaron teorías de alcance medio y el valor de un marco de la enfermería para el pensamiento y la acción en la práctica de esta disciplina. El cambio del énfasis hacia la aplicación de las teorías en enfermería fue sumamente importante para la enfermería basada en la teoría, la práctica basada en la evidencia y el desarrollo de futuras teorías (Alligood, 2010, 2014, 2018; Alligood y Tomey, 1997, 2002, 2006; Chinn y Kramer, 2018; Fawcett, 2005, 2016; Smith 2020). Véase la quinta edición de *Nursing Theory: Utilization & Application* (Alligood, 2014) para conocer las aplicaciones prácticas de los trabajos teóricos en enfermería.

En la tabla 1.1 se presenta un resumen de las épocas de búsqueda de conocimientos especializados en enfermería. Dentro de cada época, la pregunta dominante era «¿Cuál es la naturaleza de los conocimientos que se necesitan para la práctica enfermera?» Esta era una pregunta importante para todos los estudiantes y especialmente para los que intervienen en el desarrollo de los conocimientos en enfermería.

Esta breve historia proporciona algunos antecedentes y el contexto para el estudio de las teorías de la enfermería y su trabajo. La época de utilización de la teoría dio paso a nuevos niveles de desarrollo y uso de las teorías en enfermería para la práctica profesional basada en la evidencia. Las nuevas teorías y las nuevas metodologías y estrategias de investigación siguen

ampliando las formas de conocimiento de Carper (1978) entre los científicos en enfermería. El uso de las filosofías, los modelos, las teorías y las teorías de nivel medio de la enfermería para el pensamiento y la puesta en práctica de la enfermería aporta una importante evidencia para unos cuidados de calidad en todas las áreas de la práctica (Alligood, 2014, 2018; Fawcett, 2016; Smith, 2020). La práctica actual de la enfermería exige conocer y utilizar los trabajos teóricos de la disciplina (Alligood, 2014, 2018; Fawcett, 2016; Roy, 2018). Pickler (2018) subraya la importancia de utilizar la teoría y ser explícito sobre la teoría que se utiliza. La teoría tiene importancia dentro de la evolución de la historia de la enfermería hacia el conocimiento enfermero especializado, y ese conocimiento contribuye al reconocimiento y aprecio de la enfermería como profesión y disciplina.

IMPORTANCIA DE LAS TEORÍAS EN ENFERMERÍA

A principios del siglo XX, la enfermería no estaba reconocida como disciplina académica ni como profesión, pero los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambos ámbitos. Los términos *disciplina* y *profesión* están relacionados entre sí, y el significado de cada uno es

CUADRO 1.1 Significado de disciplina y profesión

- Una *disciplina* es específica del mundo académico y se refiere a una rama de la educación, una especialidad de aprendizaje o un dominio del conocimiento.
- Una *profesión* se refiere a un campo de práctica especializado, fundado en la estructura teórica de la ciencia o el conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan.

Datos tomados de Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 1113-1120; Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Louis: Mosby; Oxford American Dictionary (1980). New York: Avon Books.

importante. Una disciplina académica es una rama del conocimiento o un campo de estudio que se enseña e investiga como una rama de la educación superior. Una profesión se refiere a una ocupación que precisa preparación en unos conocimientos específicos a través de la enseñanza superior y el ejercicio de una práctica. Es importante tener en cuenta sus diferencias y su significado específico, como se presenta en el [cuadro 1.1](#). La teoría de la enfermería es importante tanto para la disciplina como para la profesión.

Importancia para la disciplina

Cuando se introdujeron en las universidades los programas de diplomatura y de grado superior en enfermería durante la última mitad del siglo XX, el objetivo de desarrollar el conocimiento como base para la práctica de la enfermería comenzó a hacerse realidad. Proliferaron los programas de titulación universitaria, se desarrollaron másteres en Enfermería y se realizó un currículo estandarizado a través de un proceso de acreditación. La enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual, y las líderes enfermeras presentaron sus perspectivas para el desarrollo de la ciencia que sustenta su profesión. Abordaron importantes cuestiones disciplinarias sobre si la enfermería era una ciencia aplicada o una ciencia básica (Donaldson y Crowley, 1978; Johnson, 1959; Rogers, 1970; Tobbell, 2018). La historia aporta evidencias del consenso al que llegaron, y empezaron a abrirse programas de doctorado en Enfermería para generar un conocimiento especializado en este campo.

La década de 1970 fue un periodo de desarrollo importante (Tobbell, 2018). En 1977, después de 25 años de publicación de la revista *Nursing Research*, se revisaron exhaustivamente los estudios y se informó de sus puntos fuertes y débiles. Batey (1977) llamó la atención sobre la importancia de la conceptualización de la enfermería en el proceso de investigación y la función de un marco conceptual en el diseño de la investigación dirigida a la producción de ciencia. Esta insistencia condujo a la época del desarrollo de las teorías e hizo avanzar la enfermería hacia un nuevo corpus de conocimientos para la práctica de esta profesión. Pronto se empezaron a reconocer los trabajos teóricos sobre enfermería surgidos a raíz del llamamiento realizado por Batey (Johnson, 1968, 1974; King,

1971; Levine, 1969; Neuman, 1974; Orem, 1971; Rogers, 1970; Roy, 1970). En 1978, Fawcett presentó su metáfora de la doble hélice (ahora una publicación clásica) que clarificaba la relación interdependiente entre teoría e investigación. También en esa época, enfermeras eruditas como Henderson, Nightingale, Orlando, Peplau y Wiedenbach fueron reconocidas por la naturaleza teórica de sus primeros escritos. Las educadoras desarrollaron estos primeros trabajos como marcos para la práctica enfermera o para estructurar el contenido del currículo en programas de Enfermería. La teoría de Orlando (1961, 1972) se derivó del informe de un proyecto de investigación inicial con financiación nacional que fue diseñado para estudiar la práctica de la enfermería.

En la conferencia sobre teorías en enfermería para docentes de enfermería, celebrada en Nueva York en 1978, las teóricas se reunieron por primera vez en el mismo escenario, aunque la mayoría de ellas negaban ser teóricas y la comprensión de la importancia de estas obras para la enfermería era limitada en aquel momento. También cabe destacar que, en esta época, Donaldson y Crowley, 1978 presentaron el discurso central de la conferencia de la Western Commission of Higher Education in Nursing en 1977, justo cuando el programa de doctorado en enfermería de la Universidad de Washington estaba a punto de inaugurarse. En este discurso hablaron de la naturaleza de la ciencia enfermera y de los conocimientos necesarios para la disciplina y la profesión. La versión publicada de su discurso sigue siendo un clásico que se presenta a los estudiantes para que aprendan la diferencia entre la disciplina y la profesión enfermeras. Reclamaban tanto investigación básica como aplicada, afirmando que cada tipo de conocimiento era crucial para la enfermería como disciplina y como profesión. Afirmaban que la disciplina y la profesión están relacionadas de manera inseparable, y que no conseguir separarlas ancla la enfermería en una visión más vocacional que profesional. El desarrollo de los programas de doctorado en enfermería práctica (DNP), que no deben confundirse con los doctorados en investigación en enfermería (PhD), es oportuno en este aspecto.

Pronto se empezaron a utilizar los marcos conceptuales de enfermería para organizar los planes de estudios de enfermería y se reconocieron como modelos que abordan los valores y los conceptos de la enfermería. La conceptualización creativa de un metaparadigma de la enfermería (persona, entorno, salud y enfermería) como estructura de conocimiento aclaró las relaciones de las obras colectivas de las principales teóricas de la enfermería como marcos conceptuales y paradigmas de la enfermería (Fawcett, 1984). Este enfoque organizó los trabajos sobre enfermería en un sistema de conocimientos teóricos, aunque fue desarrollado por distintos autores en diferentes momentos y con distintos fines en diversas zonas del país. Cada modelo conceptual de enfermería se clasificó sobre la base de un conjunto de criterios de análisis y evaluación (Fawcett, 1984, 1993). El reconocimiento de las obras sobre enfermería separadas junto con su envoltura en un metaparadigma impulsó la consideración y la comprensión de los trabajos teóricos como un corpus de

conocimientos de la enfermería. En resumen, la importancia de la teoría para la enfermería es que esta disciplina depende de la teoría para su existencia continuada –es decir, la enfermería puede ser una vocación o puede ser una disciplina con un estilo profesional de una práctica basada en el conocimiento–. Los trabajos teóricos han conseguido que la enfermería alcance niveles formativos y prácticos más elevados conforme las enfermeras han desplazado su visión desde una **perspectiva funcional**, centrada en lo que hacen, a otra **centrada en el paciente**, en la que se resalta lo que saben acerca de los seres humanos y su salud. Las estructuras teóricas proporcionan a las enfermeras una perspectiva del paciente para la práctica profesional. Los profesionales proporcionan un servicio público en una práctica centrada en quienes atienden. El proceso enfermero se usa en la práctica, pero el foco de atención principal es el paciente o ser humano. El conocimiento de las personas, la salud y el entorno forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina, y este conocimiento se enseña a quienes entran a formar parte de la profesión. Cada disciplina o campo de conocimiento incluye un conocimiento teórico. Por tanto, la enfermería como disciplina académica depende de la existencia del conocimiento en enfermería (Alligood, 2011a; Grace et al., 2016; McCrae, 2012). Para aquellos que quieren entrar a formar parte de esta profesión, este conocimiento es básico para la práctica. Kuhn (1970), un destacado filósofo de la ciencia, afirmó: «El estudio de los paradigmas [...] es lo que principalmente prepara al estudiante para pertenecer a la comunidad científica concreta en la que más tarde ejercerá» (p. 11). Esto es aplicable a todos los profesionales de enfermería, pero es especialmente importante para los que se inician en la profesión porque «en ausencia de un paradigma [...] todos los hechos que puedan pertenecer al desarrollo de una ciencia determinada pueden parecer igualmente relevantes» (Kuhn, 1970, p. 15). Por último, con respecto a la prioridad de los paradigmas, Kuhn (1970) afirma: «Estudiándolos y practicando con ellos, los miembros de su correspondiente comunidad aprenden su oficio» (p. 43). Los estudiantes de máster y DNP aplican y comprueban los conocimientos teóricos en la práctica de la enfermería. Los estudiantes de doctorado que estudian para convertirse en científicos en enfermería desarrollan la teoría de la enfermería, comprueban la teoría y contribuyen a la ciencia de la enfermería a través de estudios de investigación basados en la teoría y generadores de teorías (Grace et al., 2016; Pickler, 2018).

Importancia para la profesión

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es vital para la práctica profesional de la enfermería (McCrae, 2012; Pickler, 2018). El reconocimiento como profesión parecía ser una cuestión menos urgente a finales del siglo XX debido a los constantes avances en la época de las teorías en enfermería dirigidos a consolidar el estatus profesional. La enfermería se reconoce actualmente como profesión y su desarrollo fue guiado por un conjunto de criterios que definen una profesión.

CUADRO 1.2 Criterios para el desarrollo del estatus de profesional de enfermería

1. Utiliza en su práctica un corpus bien definido y organizado de conocimientos especializados [que] se encuentra al nivel intelectual de la educación superior.
2. Amplía constantemente el corpus de conocimientos que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
3. Confía la formación de sus profesionales a instituciones de enseñanza superior.
4. Aplica su corpus de conocimientos a servicios prácticos vitales para el bienestar humano y social.
5. Funciona de forma autónoma en la formulación de la política profesional y, por tanto, en el control de la actividad profesional.
6. Atrae a personas con cualidades intelectuales y personales de exaltación del servicio por encima del beneficio personal que reconocen la dedicación elegida como la obra de su vida.
7. Se esfuerza por compensar a sus profesionales ofreciéndoles libertad de acción, oportunidad de crecimiento profesional continuo y seguridad económica.

Datos de Bixler, G. K. y Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*, 59(8), 1142-1146.

Bixler y Bixler (1959) publicaron un conjunto de criterios que definen una profesión adaptados a la enfermería en el *American Journal of Nursing* (cuadro 1.2). Estos criterios tienen valor histórico porque mejoran la comprensión del camino de desarrollo que han seguido las enfermeras prominentes. Por ejemplo, una base de conocimientos bien definida, organizada y específica de la disciplina se formalizó durante la última mitad del siglo XX. Este conocimiento no es estático, más bien continúa creciendo en relación con los objetivos profesionales de la enfermería orientados a la prosperidad de la humanidad y el bienestar de la sociedad. Las teorías y la investigación son vitales para la disciplina y la profesión, y permiten que se sigan generando nuevos conocimientos basados en la teoría (Grace et al., 2016; McCrae, 2012; Roy, 2018). La aplicación de los conocimientos de enfermería a la práctica es el criterio de una profesión que actualmente se encuentra en primera línea, haciendo hincapié en la calidad, la responsabilidad, la evidencia basada en la teoría o con conocimiento de causa, y la teoría de nivel medio a nivel de la práctica para la enfermería profesional (Alligood, 2014).

En las últimas décadas del siglo XX, en previsión del nuevo milenio, las ideas se orientaron hacia el avance de la enfermería. Fitzpatrick (1983) presentó una crónica histórica de los logros del siglo XX que condujeron al estatus profesional de la enfermería. Con el reconocimiento de la enfermería como una profesión, en este texto se enfatiza la relación entre los trabajos teóricos enfermeros y el estatus de enfermería como profesión. Aunque existen similitudes y diferencias en los conjuntos de

criterios utilizados para evaluar las profesiones, es importante señalar que todos ellos exigen un corpus de conocimientos que son fundamentales para el ejercicio de la profesión en cuestión.

A medida que los profesionales de enfermería individuales crecen en su estatus profesional, el uso de unos conocimientos sustanciales y de la evidencia basada en la teoría para la toma de decisiones es una cualidad característica de su práctica (Fawcett, 2016; Wood, 2020). Este acuerdo de práctica basada en la teoría y la evidencia es beneficioso para los pacientes en cuanto que guía los cuidados de enfermería de forma sistemática y erudita. También sirve a la profesión enfermera porque los profesionales de enfermería son reconocidos por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad. Como se ha comentado anteriormente, para la disciplina enfermera, el desarrollo de conocimiento es una actividad esencial a la que deben dedicarse las especialistas en enfermería. Es importante que los profesionales de enfermería sigan siendo reconocidos y respetados por su disciplina erudita y por su contribución a la salud de la sociedad.

Por último, el reconocimiento continuo de la teoría de la enfermería como herramienta para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones es necesario para una práctica enfermera de calidad. La práctica profesional enfermera requiere un método sistemático centrado en el paciente, y los trabajos teóricos describen las perspectivas del paciente. Los trabajos teóricos presentados en este libro ilustran las diferentes perspectivas. Las filosofías de la enfermería, los modelos conceptuales de enfermería, las teorías en enfermería y las teorías de nivel medio proporcionan al profesional de enfermería una perspectiva del paciente y una guía para procesar datos, evaluar la evidencia y tomar decisiones relativas a las acciones que se deben poner en práctica (Alligood, 2014, 2018; Chinn y Kramer, 2018; Fawcett, 2016; Wood, 2020). Globalmente, los profesionales enfermeros han reconocido el rico legado de los trabajos de las teorías de su profesión; es decir, las filosofías, los modelos conceptuales, las teorías y las teorías de nivel medio de la enfermería abundan en la

literatura enfermera mundial. La literatura sobre enfermería, los colaboradores internacionales de esta obra y la publicación de este libro en numerosos idiomas (al menos 12) refleja el uso de la teoría a nivel mundial. Las contribuciones de las teorías globales presentan la enfermería como una disciplina y proporcionan una estructura de conocimientos para su ulterior desarrollo. La investigación basada en la teoría y la evidencia contribuye a una práctica de calidad. Cuando se apoya la investigación basada en las teorías en enfermería, se convierte en evidencia. Existe reconocimiento mundial de la rica diversidad de valores enfermeros representados en los modelos y teorías en enfermería. Actualmente percibimos una mayor claridad de los trabajos teóricos en la literatura enfermera conforme cada vez más enfermeras usan y aprenden la práctica basada en la teoría. Las filosofías, los modelos, las teorías y las teorías de nivel medio se emplean de forma generalizada en todas las áreas –formación, práctica, investigación y administración de enfermería–. McCrae (2012) sostiene que los conocimientos teóricos en enfermería adquieren una mayor importancia, ya que la práctica basada en la evidencia y la atención sanitaria multidisciplinaria requieren que los profesionales de enfermería articulen una base sólida para sus aportaciones a la práctica de otros profesionales. El reconocimiento de la importancia de la práctica profesional de la enfermería ha sido claramente evidente durante la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) de 2020.

La formación en enfermería ha ampliado mucho el volumen de literatura sobre filosofías, modelos, teorías y teorías de nivel medio en enfermería. Además, la filosofía de la ciencia para el desarrollo de conocimiento enfermero sigue ampliándose con nuevos abordajes de investigación. Cada vez un mayor número de enfermeras están alcanzando niveles formativos más elevados y comprendiendo el valor de las teorías en enfermería. El uso de la teoría amplifica el desarrollo del conocimiento y mejora la calidad de la práctica enfermera (Alligood, 2011a, 2011b, 2014; Chinn y Kramer, 2018; Fawcett, 2016; Grace et al., 2016; Im y Chang, 2012; McCrae, 2012; Wood, 2020).

RESUMEN

Este capítulo ha expuesto la naturaleza vital del conocimiento teórico de la enfermería desde la perspectiva de su historia y su significado. Un repaso orientado de la historia permite rastrear el avance hacia el estatus profesional basado en el desarrollo de unos conocimientos en los que basar la práctica enfermera, verificando que las enfermeras aumentan su poder profesional cuando utilizan la evidencia teórica sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones (McCrae, 2012). La importancia de las teorías en enfermería también se comprueba cuando las enfermeras utilizan la teoría y la evidencia basada en ella para estructurar su práctica y mejora la calidad del cuidado. Las enfermeras son capaces de elegir los datos de los pacientes con rapidez, decidir la acción enfermera adecuada, realizar el cuidado, evaluar el resultado y comentar

la naturaleza de su actividad con otros profesionales sanitarios de forma clara, algo vital para la participación enfermera en el cuidado interdisciplinario. Por último, la consideración de la práctica de enfermería en un contexto de teorías para la formación ayuda a los estudiantes a desarrollar habilidades analíticas y capacidad de razonamiento crítico cuando aclaran sus valores y asunciones. La teoría guía la educación, la práctica, la investigación y la gestión (Alligood, 2014; Chinn y Kramer, 2018; Fawcett, 2016; Meleis, 2018).

Los logros de la profesión en el siglo pasado fueron muy relevantes para el desarrollo de la ciencia de la enfermería, pero no fueron fáciles. La historia demuestra que muchas enfermeras fueron pioneras en la causa de la salud humana y desafiaron el *statu quo* con ideas creativas tanto para la salud

CUADRO 1.3 Primeras teóricas con importancia histórica

Hildegard E. Peplau	1909-1999
Virginia Henderson	1897-1996
Faye Glenn Abdellah	1919-2017
Ernestine Wiedenbach	1900-1996
Lydia Hall	1906-1969
Joyce Travelbee	1926-1973
Kathryn E. Barnard	1938-2015
Evelyn Adam	1929-1999
Nancy Roper*	1918-2004
Winifred Logan*	1931-2010
Alison J. Tierney*	1948-actualmente
Ida Jean Orlando Pelletier	1926-2007

*Roper, Logan y Tierney colaboraron en el modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney.

de las personas como para el desarrollo de la enfermería. Sus logros marcaron el inicio de esta apasionante época (Kalisch y Kalisch, 2003; Meleis, 2018; Roy, 2018; Tobbell, 2018).

Desde la publicación de la primera edición de *Modelos y teorías en enfermería* (Marriner, 1986), el volumen de obras teóricas se ha ampliado considerablemente. Algunas enfermeras hicieron aportaciones significativas durante el periodo de paradigma del desarrollo del conocimiento enfermero (Hardy, 1973, 1978). Sin embargo, las referencias a estos trabajos iniciales en la literatura se hicieron cada vez más limitadas a pesar de sus importantes aportaciones. Por tanto, en la sexta edición de esta obra (2006) se incluyó un capítulo con 10 ejemplos seleccionados de esta fase precoz del desarrollo para reconocer sus importantes aportaciones al conocimiento enfermero. En el capítulo 2 de este libro se presentan esos ejemplos seleccionados (cuadro 1.3) de las primeras obras y sus actualizaciones para profundizar en la historia y la importancia de la teoría enfermera en la disciplina de la enfermería. Los lectores interesados en saber más sobre estas pioneras o cualquier teórica cuyo trabajo se incluya en esta obra deberían consultar las publicaciones originales de las teóricas. Los trabajos teóricos enfermeros son la forma más completa de presentar el conocimiento enfermero sistemático y, por tanto, son cruciales para el futuro tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 1113–1120.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84–87.
- Página de teoría e investigación en enfermería en la Escuela de Enfermería Hahn, Universidad de San Diego. Recuperado de <http://www.sandiego.edu/nursing/research/nursing-theory-research.php>.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (2010). *Nursing theory: Utilization & application* (4th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Alligood, M. R. (2011a). The power of theoretical knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 304–305.
- Alligood, M. R. (2011b). Theory-based practice in a major medical centre. *The Journal of Nursing Management*, 19, 981–988.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (1997). *Nursing theory: Utilization & application*. St. Louis: Mosby.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2002). *Nursing theory: Utilization & application* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2006). *Nursing theory: Utilization & application* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Batey, M. V. (1977). Conceptualization: Knowledge and logic guiding empirical research. *Nursing Research*, 26(5), 324–329.
- Bixler, G. K., & Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*, 59(8), 1142–1146.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing theory and process* (10th ed.). St. Louis: Elsevier-Mosby.
- Cross, K. P. (1981). *Adults as learners*. Washington, DC: Jossey-Bass.
- Ervin, S. (2015). History of nursing education in the United States. In S. B. Keating (Ed.), *Curriculum development & evaluation* (3rd ed., pp. 5–32). New York: Springer.
- Fawcett, J. (1978). The relationship between theory and research: A double helix. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 49–62.
- Fawcett, J. (1993). *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2016). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research and practice*. New York: Springer.
- Fitzpatrick, M. L. (1983). *Prologue to professionalism*. Bowie, MD: Robert J. Brady.
- Fitzpatrick, J., & Whall, A. (1983). *Conceptual models of nursing*. Bowie, MD: Robert J. Brady.

- Grace, P., Willis, D., Roy, C., & Jones, D. (2016). Profession at the crossroads: A dialog concerning the preparation of nursing scholars and leaders. *Nursing Outlook*, 64(1), 61–70.
- Hardy, M. E. (1973). Theories: components, development, evaluation. *Nursing Research*, 23(2), 100–107.
- Hardy, M. E. (1978). Perspectives on nursing theory. *Advances in Nursing Science*, 1, 37–48.
- Im, E. O., & Chang, S. J. (2012). Current trends in nursing theories. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 156–164.
- Johnson, D. (1959). The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook*, 7, 291–294.
- Johnson, D. (1968). *One conceptual model for nursing*. Nashville, TN: Unpublished paper presented at Vanderbilt University (available in Dorothy Johnson archives at Vanderbilt).
- Johnson, D. (1974). Development of the theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, 23, 372–377.
- Judd, D., & Sitzman, K. (2014). *A history of American nursing* (2nd ed.). Boston: Jones & Bartlett.
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (2003). *American nursing: A history* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- King, I. (1971). *Toward a theory of nursing*. New York: Wiley.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Levine, M. (1969). *Introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Marriner, A. (1986). *Nursing theorists and their work*. St. Louis: Mosby.
- McCrae, N. (2012). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222–229.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Walters Kluwer.
- Neuman, B. (1974). The Betty Neuman health systems model: A total person approach to patient problems. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 94–114). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Nicoll, L. (1986). *Perspectives on nursing theory*. Boston: Little, Brown.
- Nicoll, L. (1992). *Perspectives on nursing theory* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nicoll, L. (1997). *Perspectives on nursing theory* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nightingale, F. (1859/1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover (Originally published 1859).
- Orem, D. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: Putnam.
- Orlando, I. (1972). *The discipline and teaching of nursing process*. New York: Putnam.
- Pickler, R. H. (2018). Theory use and usefulness in scientific advancement. *Nursing Research*, 67(2), 61–62.
- Reed, P., & Shearer, N. (2009). *Perspectives on nursing theory* (5th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reed, P., & Shearer, N. (2012). *Perspectives on nursing theory* (6th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reed, P., Shearer, N., & Nicoll, L. (2003). *Perspectives on nursing theory* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*, 18, 42–45.
- Roy, C. (2018). Key issues in nursing theory: Developments, challenges, and future directions. *Nursing Research*, 67(2), 81–92.
- Shaw, M. C. (1993). The discipline of nursing: Historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1651–1656.
- Smith, M. (2020). *Nursing theory and nursing practice* (5th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Tobbell, D. A. (2018). Nursing boundary work: Theory development and the making of nursing science ca.1950-1980. *Nursing Research*, 67(2), 63–73.
- Wood, A. F. (2014). Nursing models: Normal science for nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 13–39). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Wood, S. (2020). Keeping the nurse in the nurse practitioner: Returning to our disciplinary roots of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 43(1), 50–61.



Hildegard E. Peplau
1909-1999



Virginia Henderson
1897-1996



Faye Glenn Abdellah
1919-2017



Ernestine Wiedenbach
1900-1996



Lydia Hall
1906-1969



Joyce Travelbee
1926-1973



Kathryn E. Barnard
1938-2015



Evelyn Adam
1929-1999



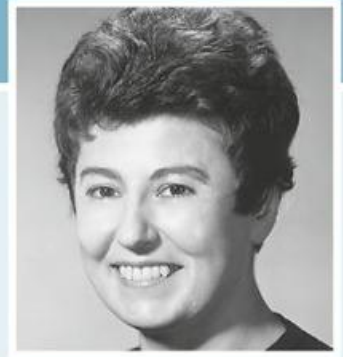
Nancy Roper
1918-2004



Winifred W. Logan
1931-2010



Alison J. Tierney
1948 hasta la actualidad



Ida Jean (Orlando) Pelletier
1926-2007

Teóricas de la enfermería con importancia histórica

*Marie Elizabeth Pokorny**

«La idea de la enfermería, históricamente arraigada en el cuidado de los enfermos y en la prestación de cuidados a los vulnerables a una mala salud, es fundamental en esta profesión.»

(Wolf, 2006, p. 301)

Este capítulo presenta una selección de teóricas que destacaron por desarrollar trabajos teóricos sobre enfermería durante el periodo de paradigma y por realizar importantes contribuciones pioneras al desarrollo del conocimiento especializado en enfermería. Los estudios de sociología sanitaria realizados a nivel nacional recomendaron que la enfermería se desarrollara como profesión (Ervin, 2015) y, como se ha expuesto en el capítulo 1, se requería un corpus de conocimientos especializados para que la enfermería fuera reconocida como tal. Finalmente, los criterios de una profesión se ajustaron a la enfermería y se aportaron orientaciones durante el proceso. Un criterio que exigía un conocimiento especializado en enfermería y una estructura de conocimientos actuó como una importante fuerza motriz a lo largo del siglo XX (Bixler y Bixler, 1959). El criterio era:

«Utiliza en la práctica un corpus de conocimiento especializado bien definido y organizado [que] se encuentra al nivel intelectual del aprendizaje superior» (p. 1143).

Fotografía (Joyce Travelbee): Louisiana State University Health Sciences Center, School of Nursing, New Orleans, LA.

*Autora anterior: Ann Marriner Tomey.

HILDEGARD E. PEPLAU

Teoría de las relaciones interpersonales

Hildegard E. Peplau ha sido descrita como la madre de la enfermería psiquiátrica porque su trabajo teórico y clínico condujo al desarrollo de este campo de especialidad diferenciado. Su ámbito de influencia en enfermería incluye sus contribuciones como experta en enfermería psiquiátrica, educadora, autora y líder y teórica de la enfermería.

Peplau ejerció un importante liderazgo en la profesionalización de la enfermería. Fue directora ejecutiva y presidenta de la [American Nurses Association \(ANA\)](#). Fue decisiva en la definición de enfermería de la ANA de 1980, que constituyó la declaración de la enfermería de un contrato social con la sociedad en la obra *Nursing: A Social Policy Statement* (Butts y Rich, 2015). Fue la promotora de los estándares profesionales y de la regulación mediante la otorgación de acreditaciones. Impartió las primeras clases a estudiantes de Enfermería Psiquiátrica en el Teachers College, de la Columbia University, y puso de relieve la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento, para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas. Su libro

fundamental, *Interpersonal Relations in Nursing* (Peplau, 1952), describe la importancia de la relación entre enfermeras y pacientes como un «proceso interpersonal significativo y terapéutico» (p. 16) y es reconocido como el primer libro de texto de teoría enfermera desde la obra de Nightingale en la década de 1850. Analizó cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Peplau identificó cuatro fases de la relación entre enfermeras y pacientes: **orientación, identificación, explotación y resolución** (fig. 2.1); creó un diagrama de los aspectos cambiantes de las relaciones entre enfermeras y pacientes (fig. 2.2), y propuso y describió seis roles de la enfermera: **extraña, persona de recursos, profesora, líder, sustituta y asesora**.

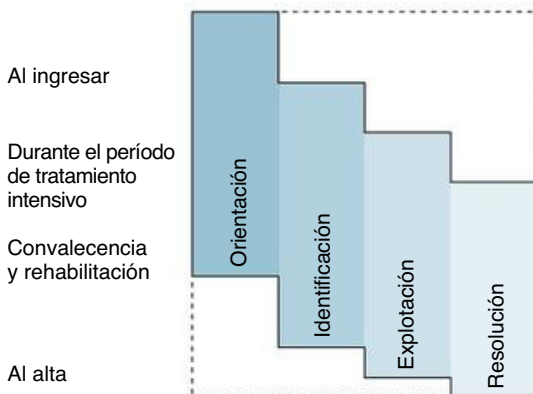


Fig. 2.1 Fases superpuestas de la relación entre enfermeras y pacientes. (Tomado de Peplau, H. E. [1952] *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.)

Peplau tuvo relaciones profesionales con otras personas de los campos de la psiquiatría, la medicina, la educación y la sociología, que influyeron en su visión de lo que es una profesión, la función que cumple y lo que debería ser (Sills, 1998). Su trabajo recibió influencias de Freud, Maslow y las teorías de las relaciones interpersonales de Sullivan y del modelo psicoanalítico contemporáneo. Tomó el modelo psicológico para sintetizar su teoría de las relaciones interpersonales (Haber, 2000).

Su trabajo sobre las relaciones entre profesionales de enfermería y pacientes es muy conocido a escala internacional y aún extiende su influencia en la práctica y la investigación enfermera. Trevizan et al. (2015) observaron y analizaron la empatía en los profesionales de enfermería brasileños, y Hungerford et al. (2015) desarrollaron un esquema para facilitar la evaluación de los modelos de práctica en cuidados de los pacientes de edad avanzada para profesionales de la enfermería en Australia. Liebel et al. (2015) describieron las interacciones terapéuticas de las enfermeras de atención domiciliaria con pacientes geriátricos confinados en casa que padecían depresión y discapacidad. Trygstad et al. (2015) desarrollaron una guía para entrevistas sobre alucinaciones auditivas dirigida al ámbito de la psiquiatría-salud mental. Evans y Bullock (2017) analizaron una intervención de apoyo telefónico proporcionada por profesionales de enfermería a mujeres embarazadas de bajos ingresos en entornos rurales (Evans et al., 2017). Gasior et al. (2018) analizaron la influencia de una red de proveedores de servicios, las percepciones de los apoyos sociales y las relaciones familiares en las percepciones de recuperación por parte de jóvenes sin hogar. Convoy et al. (2019) desarrollaron el concepto de acciones concordantes en la evaluación del suicidio (CASA, Concordant Actions in Suicide Assessment), un modelo diseñado para ayudar a los clínicos a responder ante el fenómeno del suicidio.

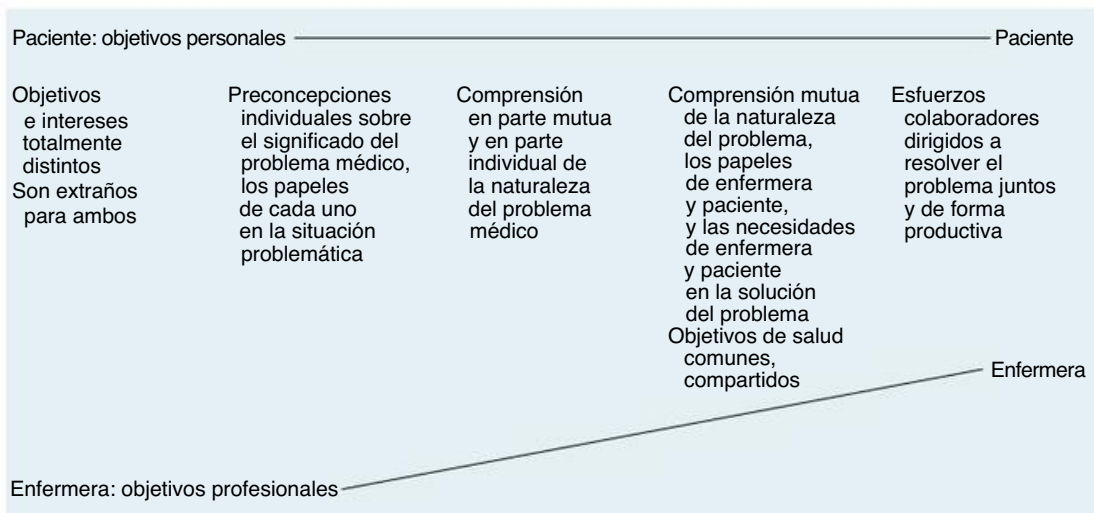


Fig. 2.2 Aspectos cambiantes de la relación entre enfermeras y pacientes. (Tomado de Peplau, H. E. [1952]. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.)

Hochberger y Lingham (2017) promovieron la adherencia del paciente y el uso de la medicación, incluida la autoadministración de medicamentos psiquiátricos. Varios estudios recientes se han centrado en los estudiantes de enfermería. Por ejemplo, Deane y Fain (2016) ayudaron a los estudiantes de enfermería a comprender las habilidades de comunicación holística durante sus encuentros con adultos de edad avanzada y de interacción con pacientes en entornos psiquiátricos (Deane et al., 2017). Boulton y O'Connell (2017) estudiaron si el estrés y el apoyo percibido del profesorado estaban relacionados con el abuso de sustancias. Ashton (2016) enseñó a los estudiantes a establecer y poner fin a las relaciones profesionales y les orientó en el uso de las redes sociales en el contexto de la atención al paciente. Sibiya et al. (2019) describieron los retos a los que se enfrentan los estudiantes de acupuntura y los estudiantes de enfermería obstétrica de sexo masculino en relación con los servicios de atención a la salud materna prestados a las mujeres en Sudáfrica. Schlairet y Rubenstein (2019) desarrollaron un modelo de orientación para mejorar la confianza/preparación para el examen NCLEX y las tasas de aprobados en un programa de diplomatura en enfermería. Hagerty et al. (2017) utilizaron la teoría de las relaciones personales de nivel medio de Peplau en una investigación que analizaba las experiencias de los pacientes hospitalizados. Delaney (2017) desarrolló un modelo para cultivar las habilidades necesarias para apoyar el proceso de compromiso. Hansbrough et al. (2018) analizaron la confianza de los pacientes en una enfermera que representa la fe musulmana al llevar hiyab. El trabajo de Peplau está orientado específicamente hacia la relación entre enfermeras y pacientes y es una teoría para la práctica enfermera.

VIRGINIA HENDERSON

Definición de enfermería

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que requiere ayuda para lograr la independencia y la plenitud o integridad de la mente y el cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su trabajo se basa en: 1) Edward L. Thorndike, un psicólogo estadounidense; 2) sus experiencias en la agencia de enfermeras domiciliarias Henry House; 3) su experiencia en enfermería de rehabilitación, y 4) la conceptualización de Orlando de la acción enfermera deliberada (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

Henderson hizo hincapié en el arte de la enfermería y propuso 14 necesidades humanas básicas en las que se basan los cuidados de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Sus conceptos de autoayuda influyeron en los trabajos de Abdellah y Adam (Abdellah et al., 1960; Adam, 1980, 1991).

Henderson hizo extraordinarias aportaciones a la enfermería durante sus 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora, y publicó extensamente a lo largo de esos años. Henderson escribió tres libros que se han convertido en clásicos de la enfermería: *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing Care* (1960) y *The Nature of Nursing* (1966). Su principal contribución en la investigación de enfermería, el Nursing Studies Index Project, patrocinado por la Yale University, de 11 años de duración, fue publicado como un índice anotado de cuatro volúmenes sobre bibliografía biográfica, analítica e histórica de la enfermería de 1900 a 1959.

En 1958, el comité de servicios de enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) pidió a Henderson que describiera su concepto de enfermería. Su ahora histórica definición, publicada por el ICN en 1961, representó su materialización final sobre el tema:

«La función única de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de forma que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.»

(Henderson, 1964, p. 63)

CUADRO 2.1 Las catorce necesidades según Henderson

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber suficientemente.
3. Eliminar los desechos del cuerpo.
4. Moverse y mantener unas posturas deseables.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar la ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien aseado y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar hacer daño a los demás.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Seguir el culto conforme a la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo normal y a la salud, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Tomado de Henderson, V. A. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years* (pp. 22–23). New York: National League for Nursing Press.

La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente por el ICN y difundida ampliamente; sigue utilizándose en todo el mundo. En *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson (1966) propuso 14 necesidades básicas en las que se basan los cuidados de enfermería (cuadro 2.1).

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente en los que la enfermera actúa como: 1) sustituta del paciente; 2) colaboradora del paciente, y 3) compañera del paciente. A través del proceso interpersonal, la enfermera debe «meterse en la piel» de cada uno de sus pacientes para saber qué ayuda necesita (Henderson, 1955, p. 5). Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y de los médicos se superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente.

En *The Nature of Nursing: Reflections After 25 Years*, Henderson (1991) añadió apéndices a cada capítulo de la edición de 1966 que reflejaban los cambios en sus puntos de vista y opiniones. Henderson dijo de su teoría que «la complejidad y la calidad del servicio solo están limitadas por la imaginación y la competencia de la enfermera que lo interpreta» (Henderson, 2006, p. 5). Recientemente, su teoría se ha aplicado a la evaluación de la enfermería domiciliar para personas mayores en Chipre (Kouta et al., 2015). Sola Miravete et al. (2018) evaluaron la utilidad de las evaluaciones integrales de enfermería como estrategia para determinar el riesgo de delirio en pacientes de edad avanzada hospitalizados. Bimbelo-Serrano (2017) desarrolló un diagrama de flujo que permite al profesional de atención primaria tomar decisiones con el paciente obeso en función del origen del problema, y Dal Molin et al. (2018) exploraron el efecto de la enfermería de atención primaria en los resultados de los pacientes relacionados con el profesional de enfermería y en los resultados relacionados con la organización. La obra de Henderson se considera una filosofía enfermera en cuanto a finalidad y función.

FAYE GLENN ABDELLAH

Veintiún problemas de enfermería

Faye Glenn Abdellah, enfermera y psicóloga, fue líder en el desarrollo de la investigación en enfermería y de la enfermería como profesión dentro del Servicio de Salud Pública (PHS) de EE. UU. y fue una experta internacional en problemas de salud. Abdellah se incorporó al PHS en 1949 y llegó a ostentar el mayor cargo ocupado por una mujer y por una enfermera en los Servicios Federales de Enfermería, alcanzando el grado de contralmirante. Veterana de la guerra de Corea, recibió cinco Medallas por Servicio Distinguido. Durante sus 40 años de carrera como oficial del PHS de EE. UU. (1949–1989), ejerció como directora de enfermería (1970–1987) y la primera mujer y enfermera subdirectora general de sanidad (1981–1989). Tras su jubilación, Abdellah fundó y trabajó como decana en

la Graduate School of Nursing (GSN) de los Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS).

Abdellah participó activamente en las asociaciones profesionales de enfermería y recibió 12 títulos honoríficos, más de 90 premios importantes, fue autora o coautora de más de 150 publicaciones académicas y autora de seis libros, algunos de ellos traducidos a seis idiomas, que han modificado la teoría y la práctica de la enfermería (*The Washington Post*, 6 de marzo de 2017). En 1994, la American Academy of Nursing entregó a Abdellah el Premio Leyenda Viva y fue promovida para ingresar en el National Women's Hall of Fame en 2000 por haber dedicado su vida al establecimiento y a la dirección de programas esenciales de atención sanitaria en EE. UU. En 2006 recibió el Premio Sigma Theta Tau Lifetime, y en 2012 ingresó en el ANA Hall of Fame por toda una vida de contribuciones a la enfermería y para honrar su legado de más de 60 años de logros que persisten a escala nacional y global (ANA, 2012).

Abdellah (2004) consideraba que su mayor logro había sido poder «desempeñar un papel en el establecimiento de una base para la investigación en enfermería como ciencia» (p. iii). Su libro *Patient-Centered Approaches to Nursing* hace hincapié en la ciencia de la enfermería y ha provocado cambios en los planes de estudio de enfermería. Su trabajo, que se basa en el método de resolución de problemas, sirve de vehículo para delinear los problemas (del paciente) en enfermería a medida que el paciente avanza hacia un resultado saludable.

Abdellah consideraba la enfermería como un arte y una ciencia que moldean la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera individual en el deseo y la capacidad de ayudar a las personas a hacer frente a sus necesidades de salud, ya estén enfermas o sanas. Formuló 21 problemas de enfermería basados en una revisión de los estudios de investigación en enfermería (cuadro 2.2). Utilizó las 14 necesidades humanas básicas de Henderson (v. cuadro 2.1) e investigaciones en enfermería para establecer la clasificación de los problemas.

El trabajo de Abdellah es un conjunto de problemas formulados en términos de servicios centrados en la enfermería, que se utilizan para determinar las necesidades del paciente. Su contribución al desarrollo de las teorías en enfermería es el análisis sistemático de los informes de investigación y la creación de 21 problemas de enfermería que guían los cuidados extensos en este campo. La tipología de sus 21 problemas de enfermería apareció por primera vez en *Patient-Centered Approaches to Nursing* (Abdellah et al., 1960). Esta obra evolucionó a *Preparing for Nursing Research in the 21st Century: Evolution, Methodologies, and Challenges* (Abdellah y Levine, 1994). Los 21 problemas de enfermería avanzaron hacia un desarrollo de segunda generación referido como problemas de los pacientes y resultados de los pacientes. Abdellah informó al público sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), drogadicción, violencia, tabaquismo y alcoholismo. Su esquema de clasificación para identificar los problemas de enfermería se utilizó para determinar cómo reducir la infiltración del catéter intravenoso periférico para aumentar

CUADRO 2.2 Tipología según Abdellah de veintiún problemas de enfermería

- | | |
|--|--|
| 1. Mantener una buena higiene y comodidad física. | 11. Facilitar el mantenimiento de la función sensorial. |
| 2. Promover una actividad óptima: ejercicio, descanso, sueño. | 12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativos. |
| 3. Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones u otros traumatismos y la prevención de la propagación de infecciones. | 13. Identificar y aceptar la interrelación de las emociones y la enfermedad orgánica. |
| 4. Mantener una buena mecánica corporal y prevenir y corregir las deformidades. | 14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz. |
| 5. Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todas las células del cuerpo. | 15. Promover el desarrollo de relaciones interpersonales productivas. |
| 6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo. | 16. Facilitar el progreso hacia los logros y objetivos espirituales personales. |
| 7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación de los desechos del cuerpo. | 17. Crear o mantener un entorno terapéutico. |
| 8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico. | 18. Facilitar la conciencia de uno mismo como individuo con diversas necesidades físicas, emocionales y de desarrollo. |
| 9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las condiciones de enfermedad/patológicas, fisiológicas y compensatorias. | 19. Aceptar los objetivos óptimos posibles teniendo en cuenta las limitaciones físicas y emocionales. |
| 10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y las funciones reguladores. | 20. Utilizar los recursos de la comunidad como ayuda para resolver los problemas que surgen de la enfermedad. |
| | 21. Comprender el papel de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de la enfermedad. |

Tomado de Abdellah, F. G., Beland, I. L., Martin, A., & Matheney, R. V. (1960). *Patient-centered approaches to nursing*. New York: Macmillan. Reproducido con el permiso de Scribner, una división de Simon & Schuster.

la duración de los catéteres intravenosos periféricos (Banks, 2015) y fundamentó la decisión en enfermería de cambiar las tarjetas de identificación que se llevaban sujetas por un cordón de tela, lo que aumentaba el riesgo de infección adquirida en el hospital, por el uso de tarjetas de identificación sujetas por un clip (Dugan y Gabuya, 2019). La investigación de Abdellah y Strachan (1959) se incluyó en una revisión sistemática de la literatura sobre los modelos organizativos de las unidades de cuidados médicos intermedios existentes y sus puntos fuertes y débiles en cuanto a rendimiento, centrándose específicamente en su implantación en Italia en comparación con los modelos estadounidenses (Colamesta et al., 2018). Su trabajo es un enfoque o filosofía centrado en los problemas de la enfermería. Los trabajos de Abdellah están disponibles en <http://www.nlm.nih.gov/hmd/manuscripts/msc.html> (National Library of Medicine, 1988).

ERNESTINE WIEDENBACH

El útil arte de la enfermería clínica

Ernestine Wiedenbach es conocida por su trabajo en el desarrollo de teorías y en la enfermería materno-infantil que llevó a cabo mientras enseñaba enfermería de la maternidad en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale. Wiedenbach enseñó con Ida Orlando en la Yale University y escribió con los filósofos Dickoff y James una obra clásica sobre teoría en una disciplina práctica que utilizan quienes estudian la evolución de las teorías en enfermería (Dickoff, 1968a, 1968b). Dirigió el plan de estudios principal de enfermería materna y

neonatal cuando la Escuela de Enfermería de Yale creó un programa de máster (Kaplan y King, 2000) y fue autora de libros muy utilizados en la enseñanza de la enfermería. Su definición de la enfermería refleja su formación como enfermera comadrona de la siguiente manera: «La gente puede diferir en su concepto de la enfermería, pero pocos estarían en desacuerdo en que la enfermería consiste en atender o cuidar a alguien como lo haría una madre» (Wiedenbach, 1964, p. 1).

La orientación de Wiedenbach es una filosofía de la enfermería que guía la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Especificó cuatro elementos de la enfermería clínica: **filosofía, propósito, práctica y arte**. Esta autora postuló que la enfermería clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente, con un punto de vista acerca de la disciplina que refleja un énfasis considerable en el arte de la enfermería. Siguió la teoría de Orlando del proceso deliberativo y no automático, e incorporó los pasos del proceso de enfermería. En su libro *Clinical Nursing: A Helping Art*, Wiedenbach (1964) describe los pasos de la enfermería de forma secuencial.

Wiedenbach propone que las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda de los pacientes de las siguientes maneras:

1. Observar comportamientos coherentes o incoherentes con su comodidad.
2. Explorar el significado de su comportamiento.
3. Determinar la causa de su malestar o incapacidad.
4. Determinar si pueden resolver sus problemas o si necesitan ayuda.

A continuación, la enfermera proporciona la ayuda necesaria (fig. 2.3) y confirma que se haya satisfecho la necesidad de

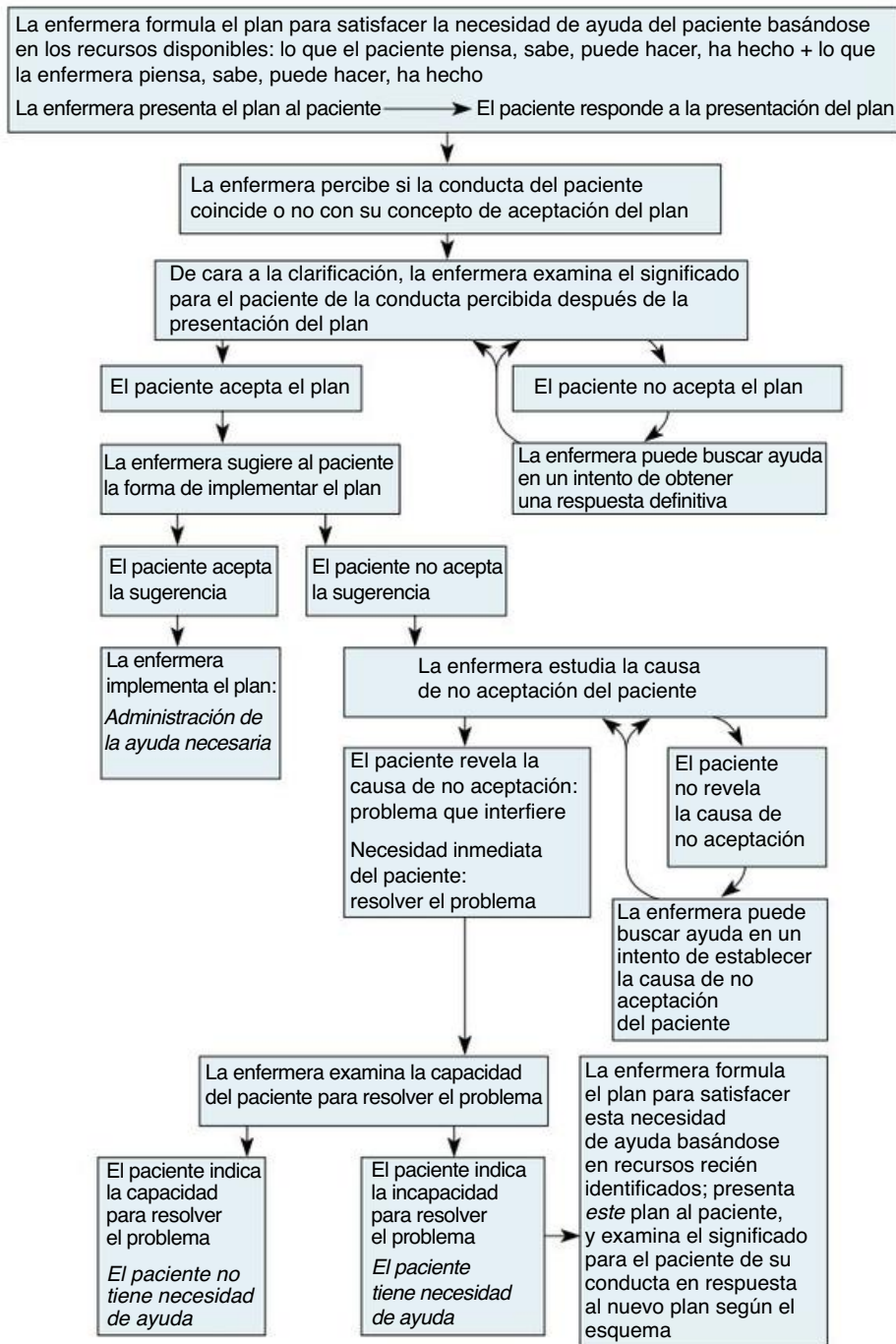


Fig. 2.3 Prestación de ayuda. (Tomado de Wiedenbach, E. [1964]. *Clinical nursing: A helping art* [p. 61]. New York: Springer.)

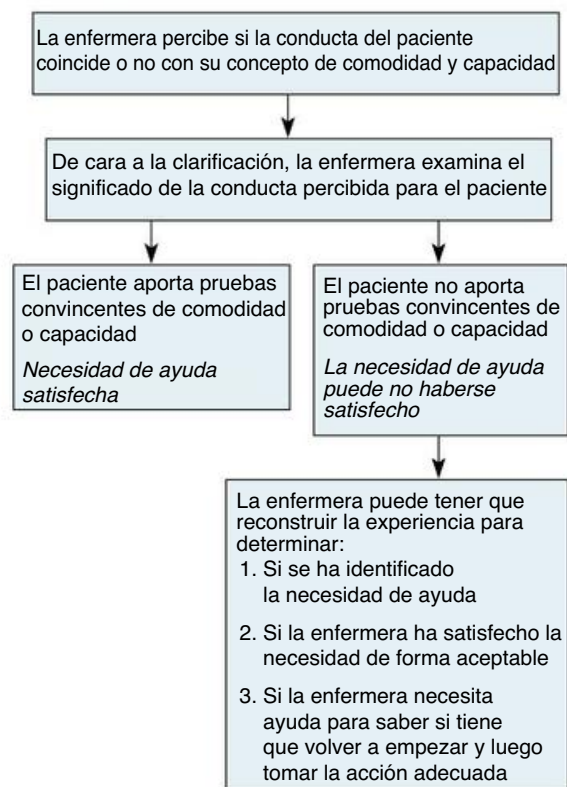


Fig. 2.4 Validación de que se ha satisfecho la necesidad de ayuda. (Tomado de Wiedenbach, E. [1964]. *Clinical nursing: A helping art* [p. 62]. New York: Springer.)

ayuda (fig. 2.4) (Wiedenbach, 1964). Wiedenbach (1970) propuso que la teoría prescriptiva orientaría y mejoraría la práctica de la enfermería, y hoy en día se utiliza tanto en EE. UU. como en el extranjero. Su esquema se utilizó para evaluar la eficacia del masaje de pies para reducir el nivel de dolor en pacientes con cáncer (Doss, 2014) y la eficacia del masaje para la función respiratoria en niños pequeños con infecciones del tracto respiratorio inferior (Martina et al., 2015). Corrigan et al. (2015) estudiaron cómo las madres de recién nacidos hacen la transición a la maternidad, y Jose y Sujatha (2016) identificaron los factores que conducen al destete precoz entre las madres de lactantes de determinadas zonas de la India. Darra (2018) propuso una nueva teoría para explicar el parto desde la perspectiva de las madres primerizas y sus matronas. Cherian y Karkada (2015) accedieron al conocimiento de las prácticas de cuidados orales por parte de las enfermeras antes y después de recibir educación sobre las prácticas de cuidados orales en pacientes sometidos a ventilación mecánica, y Degavi y Bjupali (2015) evaluaron la eficacia de un programa de rehabilitación cardíaca planificado entre el personal de enfermería. Towell et al. (2015) desarrollaron un modelo de facilitación de la inteligencia emocional para promover la

plenitud en las enfermeras neófitas de cuidados intensivos en Sudáfrica, y Ledet et al. (2016) evaluaron el impacto de las intervenciones de detección y enseñanza de los trastornos del sueño y la vigilia en los padres de pacientes pediátricos con epilepsia.

Priya (2018) evaluó la eficacia de un protocolo para el parto en el conocimiento y la práctica de las enfermeras en hospitales seleccionados en la India, y Jebakumari y Santha (2019) evaluaron la eficacia de un programa de formación en asertividad sexual sobre la conciencia sexual y la asertividad sexual entre los adolescentes que asisten a determinadas escuelas de la India. Walker (2020) sugiere que las enfermeras se basen en la teoría duradera de Wiedenbach sobre el don de la dignidad en filosofía de la enfermería a la hora de dar forma al futuro desarrollo del conocimiento en enfermería. Propone que la teoría de Wiedenbach es relevante para desarrollar el conocimiento en relación con la práctica, la investigación y la política en enfermería, ya que los países de todo el mundo luchan contra los problemas de la migración, los conflictos y las desigualdades sanitarias. La obra de Wiedenbach se considera una filosofía del arte de la enfermería.

LYDIA HALL

Modelo de esencia, cuidado y curación (core, care, cure)

Lydia Hall fue una enfermera de rehabilitación que utilizó su filosofía de la enfermería para establecer el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation en el Hospital Montefiore de Nueva York. Fue directora del Loeb Center desde su inauguración en 1963 hasta su muerte en 1969. En los años sesenta publicó más de 20 artículos sobre el Loeb Center y sus teorías de cuidados a largo plazo y el control de enfermedades crónicas. En 1964, el trabajo de Hall se presentó a través del artículo «Nursing: What Is It?» («¿Qué es la enfermería?» en *The Canadian Nurse* (Hall, 1964). En 1969 se mencionó el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation en el *International Journal of Nursing Studies* (Hall, 1969).

Hall abogó por agrupar las camas de hospital en unidades centradas en la prestación de cuidados de enfermería terapéutica. El plan de Loeb se ha considerado similar a lo que posteriormente surgió como «enfermería primaria» (Wiggins, 1980). Un estudio de evaluación del Loeb Center for Nursing publicado en 1975 reveló que las personas ingresadas en la unidad de enfermería, en comparación con las ingresadas en una unidad tradicional, presentaban una menor frecuencia de reingresos, eran más independientes, tenían una mayor calidad de vida tras el alta y estaban más satisfechas con su experiencia hospitalaria (Hall et al., 1975).

Hall utilizó tres círculos entrelazados para representar los aspectos del paciente y las funciones de enfermería. El círculo de los cuidados representa el cuerpo del paciente, el círculo de la curación representa la enfermedad que afecta al sistema físico del paciente, y el círculo central representa los sentimientos

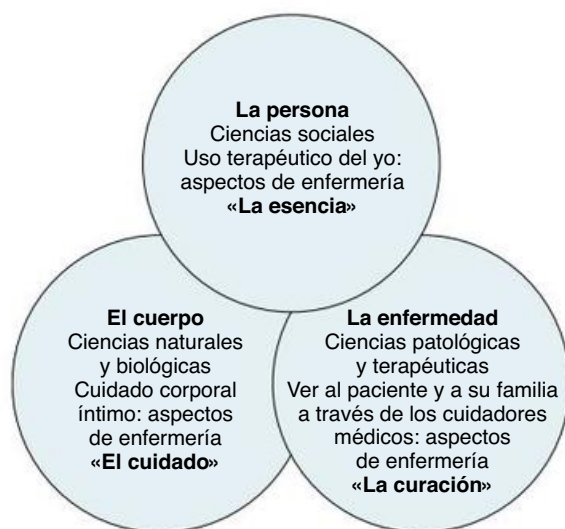


Fig. 2.5 Modelo de esencia, cuidado y curación (*core, care, cure*) (Tomado de Hall, L. [1964]. *Nursing: What is it? The Canadian Nurse*, 60[2], 151.)

internos y la gestión de la persona (fig. 2.5). Los tres círculos cambian de tamaño y se solapan según la fase del paciente en el proceso de enfermedad. Una enfermera interviene en los tres círculos, pero en grados diferentes. Por ejemplo, en la fase de cuidado, la enfermera aplica al paciente cuidados corporales prácticos relacionados con actividades de la vida diaria, como la higiene personal y el aseo. En la fase de curación, la enfermera aplica los conocimientos médicos al tratamiento de la persona, y en la fase central, la enfermera se ocupa de las necesidades sociales y emocionales del paciente para conseguir una comunicación eficaz y un entorno confortable (Touhy y Birnbach, 2001). Las enfermeras también comparten los círculos con otros profesionales. La teoría de Lydia Hall se utilizó para mostrar la mejora de la comunicación entre el paciente y la enfermera, el crecimiento personal y la conciencia de sí mismo en pacientes cuya insuficiencia cardíaca se gestionó en el contexto domiciliario (McCoy et al., 2007), para el proceso de enfermería y el pensamiento crítico vinculados a la preparación para catástrofes (Bulson y Bulson, 2011), para examinar los efectos de la musicoterapia en el estado de ansiedad de las pacientes con cáncer de mama después de una mastectomía radical en China (Li et al., 2012) y para describir la importancia de los valores profesionales según la evaluación realizada por estudiantes de enfermería de distintas categorías (Koomey et al., 2015).

Hall creía que los cuidados profesionales de enfermería aceleraban la recuperación, y a medida que se necesitaban menos cuidados médicos, eran necesarios más cuidados profesionales enfermeros y más enseñanza. Hall puso de relieve la función autónoma de los profesionales de enfermería. Su contribución a la teoría de la enfermería fue el desarrollo y la utilización de esta

filosofía de atención de enfermería en el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation de Nueva York. Reconoció a las enfermeras como profesionales y las animó a que contribuyeran a favorecer los resultados del paciente. Se puede considerar el trabajo de Hall como una filosofía de la enfermería.

JOYCE TRAVELBEE

Modelo de relaciones entre seres humanos

Joyce Travelbee presentó su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing* (1966, 1971). Publicó principalmente a mediados de los años sesenta y murió a una edad temprana en 1973. Travelbee planteó que el objetivo de la enfermería era ayudar al individuo, la familia o la comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si fuera necesario, a encontrar un sentido a estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza (Travelbee, 1966, 1971). Discutió su teoría con Victor Frankel (1963), a quien atribuye, junto con Rollo May (1953), la influencia en su pensamiento (Meleis, 2012). La obra de Travelbee era conceptual y escribió sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Planteó que la enfermería se realizaba a través de relaciones entre seres humanos que comenzaban con (1) el encuentro original y progresaban a través de etapas de (2) identidades emergentes, (3) desarrollo de sentimientos de empatía y, posteriormente, de (4) compasión, hasta que (5) la enfermera y el paciente alcanzaban la compenetración en la etapa final (fig. 2.6). Travelbee creía que era tan importante mostrar compasión como empatía si la enfermera y el paciente querían desarrollar una relación **entre seres humanos** (Travelbee, 1964). Fue explícita sobre la espiritualidad del paciente y de la enfermera, realizando la siguiente observación:

«Se cree que los valores espirituales que tenga una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones.»

(Travelbee, 1971, p. 16)

La teoría de Travelbee amplió las teorías de las relaciones interpersonales de Peplau y Orlando, y su síntesis única de las ideas de estos autores diferenció su trabajo en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente. El énfasis de Travelbee en el cuidado de las personas recaía en la empatía, la compasión, la compenetración y los aspectos emocionales de la enfermería (Travelbee, 1963, 1964). Rich (2003) retomó el argumento de Travelbee sobre el valor de la compasión en la enfermería y lo actualizó recordando que la compasión es fundamental para los cuidados integrales de

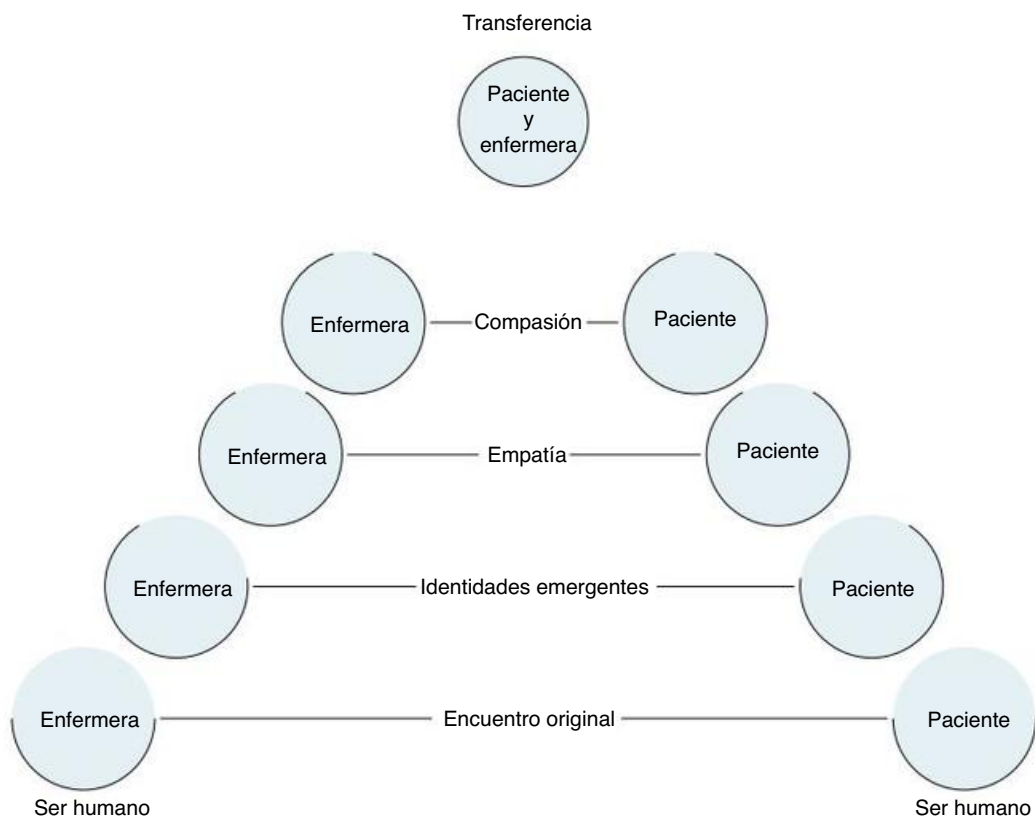


Fig. 2.6 Relación entre seres humanos. (Conceptualizado por William Hobbie y Theresa Lansinger, basándose en los escritos de Joyce Travelbee.)

enfermería. [Bunkers \(2012\)](#) examinó su modelo de relaciones humanas para explorar el significado de la presencia. [Norlyk et al. \(2017\)](#) ilustraron cómo los pacientes han experimentado la atención hospitalaria organizada según los programas acelerados basados en la evidencia. [Falkenstrom \(2017\)](#) exploró los encuentros entre enfermeras y pacientes desde la perspectiva de las enfermeras tituladas de atención domiciliaria, y [Freitas et al. \(2018\)](#) enmarcaron la implementación del proceso de enfermería, basándose en los sistemas de clasificación, en un paciente con una hernia discal. [Elias et al. \(2020\)](#) analizaron la intersección entre ser enfermera y ser terapeuta en salud mental, guiados por la perspectiva teórica de Travelbee. El trabajo de Travelbee entra en la categoría de una teoría en enfermería.

KATHRYN E. BARNARD

Valoración de la salud infantil

Kathryn E. Barnard fue una pionera reconocida internacionalmente en el campo de la salud mental infantil, que estudió el desarrollo social y emocional de los niños durante los primeros

5 años de vida. Fue una reconocida investigadora, profesora e innovadora ([Aleccia, J., 2015](#)). Hizo numerosas publicaciones desde mediados de la década de 1960 sobre cómo mejorar la salud de los lactantes y sus familias. Desarrolló su actividad en la University of Washington, donde fundó el Barnard Center on Infant Mental Health and Development. Su trabajo pionero para mejorar los resultados en la salud física y mental de los lactantes y los niños pequeños le ha hecho merecedora de numerosos honores, entre ellos el Premio Gustav O. Leinhard del Institute of Medicine, el Premio Episteme y el Premio Leyenda Viva de 2006 de la American Academy of Nursing, y el Premio ZERO TO THREE Lifetime Achievement. Barnard comenzó estudiando a los niños y adultos con discapacidades mentales y físicas, pasó a las actividades del niño sano y se extendió a los métodos de evaluación del crecimiento y el desarrollo de los niños y de las relaciones maternofiliales y, por último, a cómo influye el entorno en el desarrollo de los niños y las familias (Barnard, 2004). Fue la fundadora del Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCASAT), que ofrece a trabajadores sanitarios de todo el mundo directrices para la valoración del desarrollo infantil y las interacciones de los niños con sus padres.

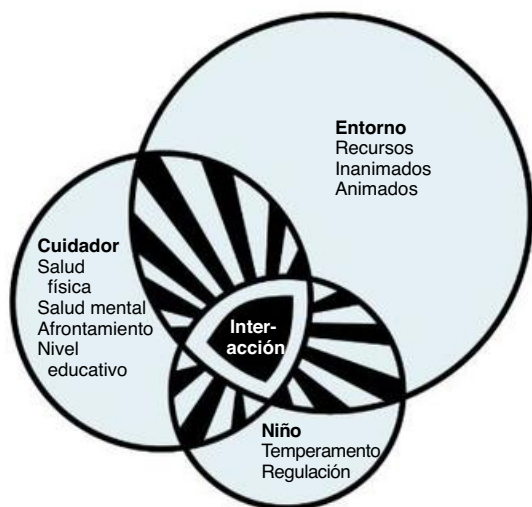


Fig. 2.7 Modelo de evaluación de la salud infantil. (Tomado de Sumner, G., & Spietz, A. [Eds.]. [1994]. *NCAST caregiver/parent-child interaction teaching manual* [p. 3]. Seattle: NCAST Publications, University of Washington School of Nursing.)

Aunque Barnard nunca tuvo la intención de desarrollar una teoría, su estudio longitudinal de evaluación de niños alimentados con lactancia materna proporcionó la base de una teoría de la interacción para la evaluación de la salud infantil (fig. 2.7). Barnard (1978) propuso que las características individuales de los miembros influyen en el sistema progenitor-lactante, y que el comportamiento adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del sistema. Su teoría se inspira en la psicología y el desarrollo humano y se centra en la interacción maternofilial con el entorno. La teoría de Barnard se basa en escalas diseñadas para medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y el entorno (Kelly y Barnard, 2000). Su teoría sigue siendo específica de la población; originalmente se diseñó para aplicarla a las interacciones entre el cuidador y el niño en el primer año de vida y posteriormente se amplió a los 3 primeros años de vida (Masters, 2015). Con una investigación continuada, Barnard ha refinado la teoría y ha proporcionado un estrecho vínculo con la práctica que ha transformado la manera en que los proveedores de atención sanitaria evalúan a los niños a la luz de la relación entre estos y sus progenitores. Barnard modeló el papel del investigador en la práctica clínica y se comprometió en el desarrollo teórico para la práctica con vistas al avance de la ciencia enfermera. Su registro de actividad del sueño en el ciclo de sueño-vigilia del lactante se utilizó en la investigación sobre el ritmo circadiano del lactante y la madre (Tsai et al., 2011, 2012). Exploró los mecanismos de correulación de las emociones en las diadas progenitor-hijo (Guo et al., 2015). El modelo de evaluación infantil de Barnard se utilizó para explorar las señales de alimentación en los lactantes alimentados con leche y para examinar si dichas señales varían según

el modo de alimentación (Shloim et al. 2017). Letourneau et al. (2018) compararon las puntuaciones de la interacción progenitor-hijo (PCI) del NCAST en muestras canadienses y estadounidenses y evaluaron la fiabilidad de las escalas PCI del NCAST en las muestras canadienses. Ransone et al. (2018) confirmaron la congruencia teórica entre el modelo de Barnard y los componentes de la escala Nursing Child Assessment Teaching (NCAT). El modelo de Barnard de interacción entre progenitores e hijos fundamentó una teoría del desarrollo del sueño infantil (Keys y Benzies, 2018). El trabajo de Barnard es una teoría de la enfermería.

EVELYN ADAM

Modelo conceptual de la enfermería

Evelyn Adam es una enfermera canadiense que empezó a publicar a mediados de la década de 1970. Su trabajo se centra en el desarrollo de modelos y teorías sobre el concepto de enfermería (1983, 1987, 1999). Trabajó por la claridad de la terminología de los esquemas, las teorías y los modelos (Adam, 1985; fig. 2.8). Utiliza un modelo que aprendió de Dorothy Johnson. En su libro *To Be a Nurse* (1980), aplica la definición de enfermería de Virginia Henderson al modelo de Johnson e identifica los supuestos, creencias y valores, así como las principales unidades. En esta última categoría incluye el objetivo de la profesión, el beneficiario del servicio profesional, la función del profesional, el origen de la dificultad del beneficiario, la intervención del profesional y las consecuencias. Amplió su trabajo en una segunda edición de 1991. Su publicación clásica, titulada simplemente «Modèles conceptuels», argumenta su importancia a la hora de dar forma al pensamiento y proporcionar un esquema para la práctica (Adam, 1999). El trabajo de Adam es un buen ejemplo de la utilización de una base única de la enfermería para su ampliación posterior. El argumento de Adam a favor de un esquema ideológico en la enfermería se describió en una conferencia sobre educación telemática sanitaria (Tallberg, 1997). Adam ha contribuido al desarrollo de la teoría aclarando y explicando trabajos anteriores. El trabajo de Adam es una teoría de la enfermería.

NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN Y ALISON J. TIERNEY

Un modelo de la enfermería basado en un modelo de la vida

Nancy Roper es descrita como una teórica práctica que elaboró una teoría en enfermería sencilla, «que realmente ayudó a las enfermeras que prestan atención a pie de cama» (Dopson, 2004; Scott, 2004, p. 28). Tras 15 años como tutora principal en una escuela de enfermería en Inglaterra, Roper comenzó su carrera como escritora de libros a tiempo completo durante la década de 1960 y publicó varios libros de

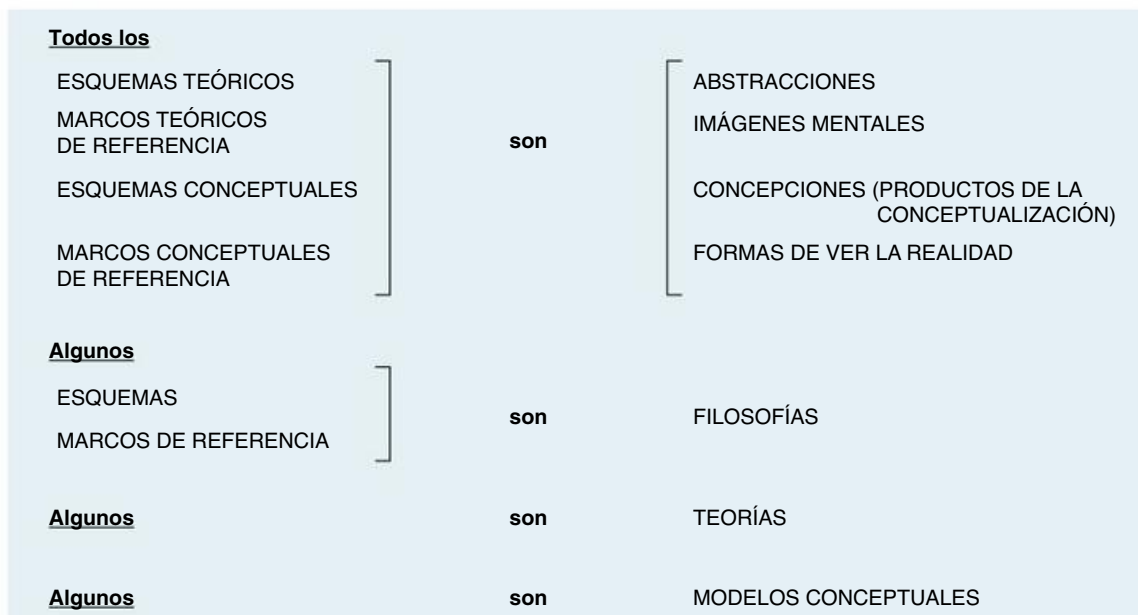


Fig. 2.8 Conceptos de la realidad. (Tomado de Adam, E. [1985]. Toward more clarity in terminology: Frameworks, theories and models. *Journal of Nursing Education*, 24, 152.)

texto populares, entre ellos *Principles of Nursing* (Roper, 1967). Investigó el concepto de una «esencia» identificable de la enfermería para su estudio de investigación MPhil, que se publicó en una monografía titulada *Clinical Experience in Nurse Education* (Roper, 1976). Este trabajo sentó las bases de su trabajo posterior con las teóricas Winifred Logan y Alison Tierney. Roper trabajó con la Unidad Europea y de Enfermería y Matronas, donde influyó en el desarrollo de las normas europeas de enfermería (Hallett y Wagner, 2011; Roper, 1977). Roper escribió *The Elements of Nursing* en 1985 y 1990. El trío colaboró en la cuarta y más reciente edición de *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living* (Roper et al., 1996). Durante la década de 1970, realizaron una investigación para descubrir la esencia de la enfermería basándose en un modelo de vida. Tres décadas de estudio de los elementos de la enfermería por parte de Roper dieron lugar a un modelo de enfermería con cinco factores principales que influían en las actividades de la vida (AV) (fig. 2.9 y tabla 2.1).

En lugar de revisar la cuarta edición de su libro de texto, estas teóricas prepararon una monografía (Roper et al., 2000) sobre el modelo titulada *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, sin aplicar el modelo. Holland et al. (2008) exploraron el uso del modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney. Utilizaron casos clínicos y ejercicios sobre pacientes adultos con diversos problemas de salud en entornos de cuidados intensivos y extrahospitalarios para ayudar a los estudiantes a desarrollar las habilidades de resolución de problemas.

En el modelo de enfermería, las AV incluyen el mantenimiento de un entorno seguro, la comunicación, la respiración, la alimentación y la bebida, la eliminación de los desechos del cuerpo, el aseo personal y el vestido, el control de la temperatura corporal, la movilización, el trabajo y el ocio, la expresión de la sexualidad, el sueño y la muerte. La duración de la vida va desde el nacimiento hasta la muerte, y en un continuo de dependencia-independencia que va desde una dependencia total hasta una independencia total. Los cinco grupos de factores que influyen en las AV son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. La individualidad de vida es la forma en la que cada individuo atiende a sus AV en relación con el lugar que ocupa dentro de su ciclo vital; en el continuo dependencia-independencia, y se ve condicionada por sus circunstancias biológicas, psicológicas, socioculturales, ambientales y político-económicas. Los cinco componentes pueden utilizarse para describir a la persona en cuanto a mantener la salud, prevenir la enfermedad, afrontar períodos de enfermedad y rehabilitación, afrontar positivamente los períodos de enfermedad crónica y afrontar la muerte. La enfermería individualizadora se consigue con el proceso de enfermería, que incluye cuatro fases: 1) valorar; 2) planificar; 3) ejecutar, y 4) evaluar. El proceso de enfermería es un método de pensamiento lógico que debería utilizarse con un modelo de enfermería explícito, y durante las cuatro fases del proceso debe tenerse en cuenta la individualidad del paciente en la vida. El modelo de Roper-Logan-Tierney se utilizó para planificar los cuidados de enfermería de los pacientes que reciben ventilación mecánica en entornos

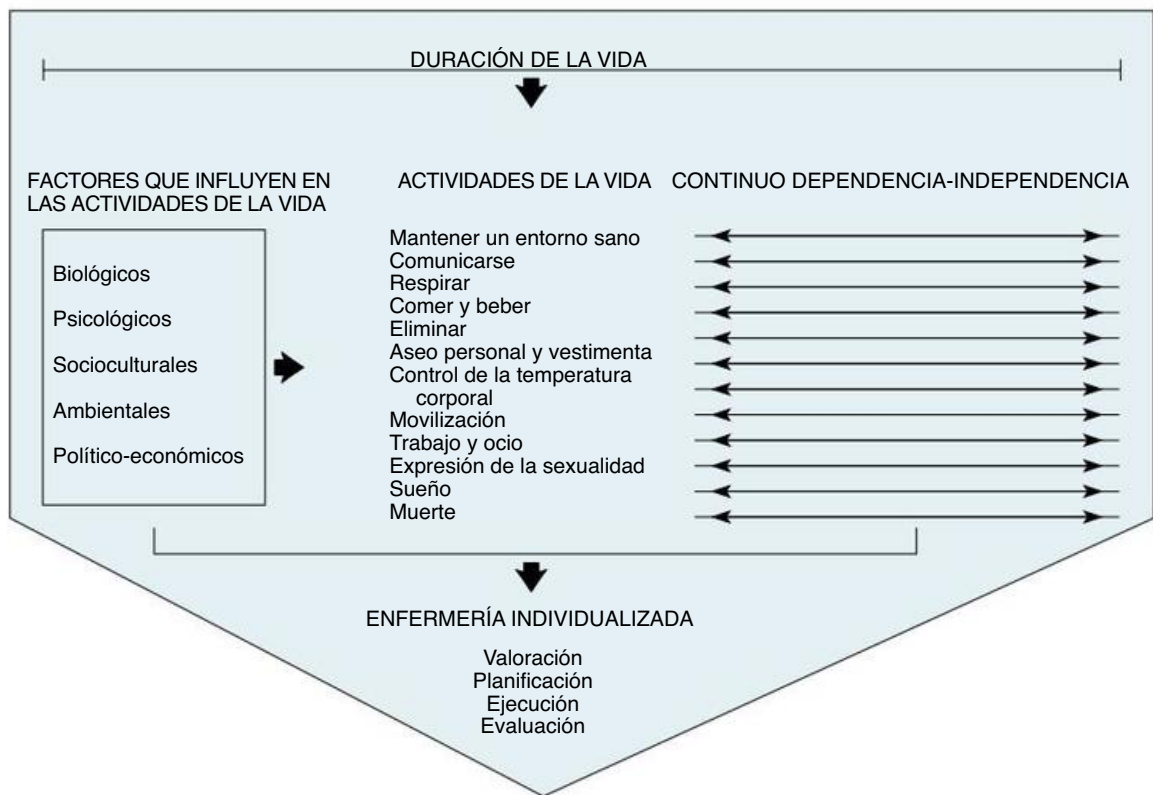


Fig. 2.9 Diagrama del modelo de enfermería. (Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* [4th ed., p. 34]. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

TABLA 2.1 Comparación de los principales conceptos del modelo de vida y del modelo de enfermería

Modelo de vida	Modelo de enfermería
12 AV	12 AV
Duración de la vida	Duración de la vida
Continuo dependencia-independencia	Continuo dependencia-independencia
Factores que influyen en las AV	Factores que influyen en las AV
Individualidad en la vida	Enfermería individualizada

Tomado de Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. [1996]. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* (4th ed., p. 33). Edinburgh: Churchill Livingstone.
AV, actividades de la vida.

neurológicos complejos (Venkatesaperumal et al., 2013), para determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria entre mujeres de edad avanzada, los factores de riesgo y el efecto en las actividades de la vida diaria (Kaşıkçı et al., 2015), para

identificar las AV de las personas discapacitadas (Moura et al., 2015) y para gestionar la hemorragia talámica en el entorno de los cuidados intensivos (Chan, 2015) y el cuidado de los ancianos con anemia (Beh, 2012). Este modelo se ha utilizado como guía para la práctica, la investigación y la educación en enfermería.

IDA JEAN (ORLANDO) PELLETIER

Teoría del proceso de enfermería

Ida Jean Orlando desarrolló su teoría a partir de un estudio realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, integrando conceptos de salud mental en un plan de estudios básico de enfermería. Este estudio se realizó por observación y participación en experiencias con pacientes, estudiantes, enfermeras e instructores y se derivó inductivamente de notas de campo para este estudio. Orlando analizó el contenido de 2.000 contactos entre enfermeras y pacientes y creó su teoría basada en el análisis de estos datos (Schmieding, 1993). Meleis (2012) ha señalado que «Orlando fue una de las primeras pensadoras de la enfermería que propuso que los

pacientes tienen sus propios significados e interpretaciones de las situaciones y, por tanto, las enfermeras deben validar sus inferencias y análisis con los pacientes antes de sacar conclusiones» (p. 243). La teoría se publicó en *The Dynamic Nurse-Patient Relationship* (Orlando, 1961), que fue un resultado del proyecto. Su libro pretendía contribuir a las preocupaciones sobre la relación entre enfermeras y pacientes, el papel profesional y la identidad de la enfermera y el desarrollo de un conocimiento propio de la enfermería (Schmieding, 1993). En 1990, la National League for Nursing (NLN) reimprimió la publicación de Orlando de 1961. En el prefacio de la edición de la NLN, Orlando afirma: «Si hubiera sido más valiente en 1961, cuando se escribió este libro por primera vez, lo habría propuesto como “teoría del proceso de enfermería” en lugar de como “teoría de la práctica eficaz de la enfermería”» (Orlando, 1990, p. vii). Orlando (1972) siguió desarrollando y perfeccionando su trabajo, y en su segundo libro, *The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study*, redefinió y rebautizó el proceso deliberativo de enfermería como disciplina del proceso de enfermería.

La teoría en enfermería de Orlando hace hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Lo que la enfermera y el paciente dicen y hacen les afecta a ambos. Orlando (1961) considera que la función profesional de la enfermería es averiguar y satisfacer la necesidad inmediata de ayuda por parte del paciente. Fue una de las primeras líderes de enfermería en identificar y resaltar los elementos del proceso de enfermería y la importancia crítica de la participación del paciente en este. La teoría de Orlando se centra en cómo mejorar la conducta del paciente. La evidencia de aliviar la angustia del paciente es un cambio positivo en la conducta observable del paciente. Orlando podría haber facilitado el

desarrollo de las enfermeras como pensadoras lógicas (Nursing Theories Conference Group y George, 1980).

Según Orlando (1961), las personas se convierten en pacientes que requieren cuidados de enfermería cuando tienen unas necesidades de ayuda que no pueden ser satisfechas de forma independiente debido a limitaciones físicas, reacciones negativas a un entorno o una experiencia que les impide comunicar sus necesidades. Los pacientes experimentan angustia o sentimientos de impotencia como resultado de las necesidades de ayuda no satisfechas (Orlando, 1961). Orlando propuso una correlación positiva entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia. Por tanto, en su teoría se hace hincapié en la inmediatez. En opinión de Orlando, cuando las personas pueden satisfacer sus propias necesidades, no sienten angustia y no necesitan asistencia de una enfermera profesional. La práctica guiada por la teoría de Orlando emplea un principio reflexivo para contrastar inferencias (May, 2014; Schmieding, 2006). Orlando subraya que es crucial que las enfermeras compartan sus percepciones, pensamientos y sentimientos para que puedan determinar si sus inferencias son congruentes con la necesidad del paciente (Schmieding, 2006). Boschini (2015) utilizó la teoría de Orlando como representación visual de las experiencias de los miembros de la facultad de enfermería que proporcionaron apoyo a los estudiantes psicológicamente angustiados. Gaudet y Howett (2018) propusieron un modelo para la teoría de Orlando de la relación dinámica entre enfermeras y pacientes como herramienta de enseñanza para la comunicación entre enfermeras y pacientes. La teoría de Orlando sigue siendo una teoría práctica eficaz y resulta especialmente útil para enfermeras que empiezan a ejercer.

RESUMEN

Estas teóricas seleccionadas, destacadas por el desarrollo de trabajos teóricos en enfermería durante el periodo del paradigma, siguen contribuyendo a dar forma al desarrollo del

conocimiento enfermero. Las enfermeras de todo el mundo han utilizado estos primeros trabajos para enmarcar sus estudios de investigación y orientar su práctica enfermera.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Kaplan, D., & King, C. (2000). *Guide to the Ernestine Wiedenbach papers*. <http://hdl.handle.net/10079/fa/mssa.ms.1647>.
- Entrevista en Orlando: disciplina del proceso de enfermería. En *Nurse theorists: Portraits of excellence* (vol. 1, video). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Entrevista a Peplau: las relaciones interpersonales en enfermería. En *Nurse theorists: Portraits of excellence* (vol. 1, video). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Walker, L.O. (2020). Gifts of wise women: A reflection on enduring ideas in nursing that transcend time. *Nursing Outlook*, 68(3), 355–364.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdellah, F. G. (2004). Interview with Rear Admiral Faye Glenn Abdellah. Interview by Captain Melvin Lessing. *Military Medicine*, 169(11), iii–ixi.
- Abdellah, F. G., Beland, I. L., Martin, A., & Matheney, R. V. (1960). *Patient-centered approaches to nursing*. New York: Macmillan.
- Abdellah, F. G., & Levine, E. (1994). *Preparing for nursing research in the 21st century: Evolution, methodologies, challenges*. New York: Springer.
- Abdellah, F. G., & Strachan, E. J. (1959). Progressive patient care. *American Journal of Nursing*, 59(5), 649–655.
- Adam, E. (1980). *To be a nurse*. Philadelphia: Saunders.
- Adam, E. (1983). Frontiers of nursing in the 21st century: Development of models and theories on the concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 41–45.
- Adam, E. (1985). Toward more clarity in terminology: Frameworks, theories and models. *Journal of Nursing Education*, 24, 151–155.
- Adam, E. (1987). Nursing theory: What it is and what it is not. Nursing papers. *Perspectives in Nursing*, 19, 5–14.
- Adam, E. (1991). *To be a nurse* (2nd ed). Montreal: Saunders.
- Adam, E. (1999). Conceptual models. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30, 103–114.
- Aleccia, J. (2015). UW nursing prof Kathryn Barnard, pioneer for babies, dies at 77. In *The Seattle Times*. <https://www.seattletimes.com/seattle-news/obituaries/uw-nursing-prof-kathryn-barnard-pioneer-for-babies-dies-at-77/>.
- American Nurses Association. (n.d.). Retrieved from <https://www.nursingworld.org/ana/about-ana/history/hall-of-fame/>.
- Ashton, K. (2016). Teaching nursing students about terminating professional relationships, boundaries, and social media. *Nurse Education Today*, 37, 170–172.
- Banks, J. (2015). *Identifying risk factors for high incidence of peripheral intravenous catheters complications: Reducing infiltration rate within the hospital* Walden University Scholar Works: Walden Dissertations and Doctoral Studies: Walden University.
- Barnard, K. E. (1978). *Nursing child assessment and training: Learning resource manual*. University of Washington: Seattle.
- Beh, H. P. (2012). Application of Roper, Logan, and Tierney model on the management of iron deficiency anaemia for an elderly patient. *Singapore Nursing Journal*, 39(2), 25–30.
- Bimbelo-Serrano, M. T. (2017). Flow diagram for secondary prevention of obesity according to the origin of the problem. *Enfermería Global*, 16(47), 1695–1641.
- Bixler, G. K., & Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*, 59(8), 1142–1146.
- Boschini, D. J. (2015). *Nursing faculty experiences with providing support to psychologically distressed students: A phenomenological approach* [Doctoral dissertation: California State University Fresno].
- Boulton, M., & O'Connell, K. A. (2017). Nursing students' perceived faculty support, stress, and substance misuse. *Journal of Nursing Education*, 56(7), 404–411.
- Bulson, J. A., & Bulson, T. (2011). Nursing process and critical thinking linked to disaster preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 37, 477–483.
- Bunkers, S. S. (2012). Presence: The eye of the needle. *Nursing Science Quarterly*, 25, 10–14.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2015). *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (2nd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Chan, C. (2015). Applying the Roper, Logan and Tierney Model on the management of thalamic haemorrhage in the critical care setting: A case study. *Singapore Nursing Journal*, 42, 22–28.
- Cherian, S., & Karkada, S. (2015). Effect of education related to oral care practices on nurses' knowledge, practice and clinical outcomes of mechanically ventilated patients in Dubai. *International Journal of Nursing Research and Practice*, 2, 9–14.
- Colamesta, V., Dugo, V., La Milia, D. I., Sommella, L., Orsi, G. B., & Bucci, R. (2018). Intermediate care units in progressive patient care model: A systematic literature review. *Epidemiology, Biostatistics, and Public Health*, 15(4), e12915. 1–e12915.9.
- Convoy, S. P., Westphal, R. J., & Convoy, D. W. (2019). Concordant actions in suicide assessment model. *Nursing Clinics of North America*, 54(4), 533–539.
- Corrigan, C., Kwasky, A., & Groh, C. (2015). Social support, postpartum depression and professional assistance: A survey of mothers in the midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24, 48–60.
- Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., & Manthey, M. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1094–1102.
- Darra, S. (2018). Coping, help and coherence: A non-dichotomous theory for childbirth. *Evidence Based Midwifery*, 16(2), 44–49.
- Deane, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model for engagement. *Archives of Psychiatric Nurses*, 31(6), 634–640.
- da Silva Elias, A. D., de, M.e.l.a., Tavares, C. M., & M.u.n.i.z (2020). The intersection between being a nurse and being a therapist in mental health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), Article e20180134.
- Deane, W. H., & Fain, J. A. (2016). Incorporating Peplau's theory of interpersonal relations to promote holistic communication between older adults and nursing students. *Journal of Holistic Nursing*, 34(1), 35–41.
- Degavi, G., & Bjupali, P. (2015). Knowledge regarding cardiac rehabilitation among staff nurses. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5, 87–93.
- Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model of engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 634–640.
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968a). Theory in a practice discipline, part I: Practice oriented research. *Nursing Research*, 17, 415–444.
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968b). Theory in a practice discipline, part II: Practice oriented research. *Nursing Research*, 17, 545–554.
- Dopson, L. (2004). Obituary: Nancy Roper. In *The Independent*. <http://www.independent.co.uk>.

- Doss, J. (2014). Effectiveness of foot massage on level of pain among patients with cancer. *Asian Journal of Nursing Education & Research*, 4, 228–231.
- Dugan, K. A., & Gabuya, A. (2019). A “snippet” of evidence leads to practice change. *Nursing Management*, 50(6), 16–18.
- Evans, E. C., & Bullock, L. F. C. (2017). Supporting rural women during pregnancy: Baby BEEP nurses. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(1), 50–55.
- Evans, E. C., Deutsch, N. L., Drake, E., & Bullock, L. (2017). Nurse-patient interaction as a treatment for antepartum depression: A mixed-methods analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(5), 347–359.
- Ervin, S. (2015). History of nursing education in the United States. In S. B. Keating (Ed.), *Curriculum development & evaluation* (3rd ed, pp. 5–32). New York: Springer Publishing Company.
- Falkenstrom, M. K. (2017). A qualitative study of difficult nurse-patient encounters in home health care. *Advances in Nursing Science*, 40(2), 168–183.
- Frankel, V. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press.
- Freitas, R. J. M., de Moura, N. A., de Feitosa, R. M. M., Guedes, M. V. C., Freitas, M. C., & de Silva, L. D. F. (2018). Nursing process based on the Joyce Travelbee model. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 12(12), 3287–3294.
- Gasior, S., Forchuk, C., & Regan, S. (2018). Youth homelessness: The impact of supportive relationships on recovery. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 50(1), 28–36.
- Gaudet, C., & Howett, M. (2018). Communication and technology: Ida Orlando's theory applied. *Nursing Science Quarterly*, 31(4), 369–373.
- Guo, Y., Leu, S.-Y., Barnard, K. E., Thompson, E. A., & Spieker, S. J. (2015). An examination of changes in emotion co-regulation among mother and child dyads during the strange situation. *Infant and Child Development*, 24, 256–273.
- Haber, J. (2000). Hildegard E. Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6, 56–62.
- Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's theory of interpersonal relations: An alternate factor structure for patient experience data. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 160–167.
- Hall, L. E. (1964). Nursing: What is it. *The Canadian Nurse*, 60, 150–154.
- Hall, L. E. (1969). The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, 6, 81–95.
- Hall, L. E., Alfano, G. J., Rifkin, E., & Levine, H. S. (1975). *Longitudinal effects of an experimental nursing process (final report)*. New York: Loeb Center for Nursing and Rehabilitation.
- Hallett, D. C., & Wagner, L. (2011). Promoting the health of Europeans in a rapidly changing world: A historical study of the implementation of World Health Organization policies by the nursing and midwifery unit, European regional office, 1970–2003. *Nursing Inquiry*, 18, 359–368.
- Hansbrough, W. B., Kray, G., & Katib, F. (2018). Patient trust of the Muslim nurse. *Journal of Nursing Administration*, 48(7–8), 389–394.
- Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing* (5th ed.). New York: Macmillan.
- Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. London: International Council of Nurses.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64, 62–68.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.
- Henderson, V. A. (1991). *The nature of nursing: Reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 21–31.
- Hochberger, J. M., & Lingham, B. (2017). Utilizing Peplau's interpersonal approach to facilitate medication self-management for psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 122–124.
- Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J., & Whittam, S. (2008). *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in practice* (2nd ed.): Churchill Livingstone Elsevier Health Sciences: Edinburgh.
- Hungerford, C., Prosser, B., & Davey, R. (2015). The key role of nurse researchers in the evaluation of nurse practitioner models of practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 29, 214–225.
- Jebakumari, R., & Santha, N. J. (2019). An experimental study to evaluate the effectiveness of sexual assertiveness training program on sexual awareness and sexual assertiveness among adolescents attending selected schools in Madurai. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 9(3), 433–444.
- Jose, T. J., & Sujatha, R. (2016). A comparative study on factors leading to early weaning among urban and rural mothers of infants in selected community areas at Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 6(4), 60–67.
- Kaşıkcı, M., Kiliç, D., Avşar, G., & Şirin, M. (2015). Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 217–223.
- Kelly, J. F., & Barnard, K. E. (2000). Assessment of parent-child interaction: implications for early intervention. In S. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 258–289). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keys, E. M., & Benzies, K. M. (2018). A proposed nursing theory: Infant sleep and development. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 279–286.
- Koomey, C. L., Osteen, K., & Gray, J. (2015). Professional values of RN-to-BSN students in an online program. *Nurse Educator*, 40(5), 258–262.
- Kouta, C., Kaite, C. P., Papadopoulos, I., & Phellas, C. N. (2015). Evaluation of home care nursing for elderly people in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 376–384.
- Letourneau, N. L., Tryphonopoulos, P. D., Novick, J., Hart, J. M., Giesbrecht, G., & Oxford, M. L. (2018). Nursing child assessment satellite training parent-child interaction scales: Comparing American and Canadian normative and high-risk samples. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 47–57.

- Li, X.-M., Zhou, K.-N., Yan, H., Wang, D.-L., & Zhang, Y.-P. (2012). Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: A randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1145–1155.
- Liebel, D. V., Powers, B. A., & Hauenstein, E. J. (2015). Home health care nurse interactions with homebound geriatric patients with depression and disability. *Research in Gerontological Nursing*, 8(3), 130–139.
- Martina, H., Beulah, H., & David, A. (2015). *Effectiveness of massage therapy on respiratory status among toddlers with lower respiratory tract infections* (5th ed.,) pp. 49–54). Nitte University Journal of Health Science.
- Masters, K. (2015). *Nursing theories: A framework for professional practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- May, B. A. (2014). Orlando's nursing process theory and nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 285–302). St. Louis: Mosby Elsevier.
- May, R. (1953). *Man's search for himself*. New York: W. W. Norton.
- McCoy, M. L., Davidhizar, R., & Gillum, D. R. (2007). A correlational pilot study of home health nurse management of heart failure patients and hospital readmissions. *Home Health Care Management and Practice*, 19, 392–396.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Moura, N. G., de Nascimento, C. J., do Lima, A. M., de Frota, M. N., Cristino, M. V., & Caetano, A. J. (2015). Activities of living of disabled people according to the Roper-Logan-Tierney model of nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(3), 317–326.
- National Library of Medicine. (1988). *Finding aid to the Faye Glenn Abdellah papers, 1952–1989*. C 424: NIH Collection No. MS: Bethesda, MD: National Library of Medicine.
- Norlyk, A., Haahr, A., Dreyer, P., & Martinsen, B. (2017). Lost in transformation? Reviving ethics of care in hospital cultures of evidence-based healthcare. *Nursing Inquiry*, 24(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12187>.
- Nursing Theories Conference Group, George, J.B. (Chairperson). (1980). *Nursing theories: The base for professional practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of professional nursing practice*. New York: Putnam.
- Orlando, I. J. (1972). *The discipline and teaching of nursing process: An evaluative study*. New York: Putnam.
- Orlando, I. J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles*. New York: National League for Nursing Pub. No. 15-2341.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.
- Priya, N. C. P. (2018). Effectiveness of labour protocol on knowledge and practice among nurses. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 8(2), 271–274.
- Ransone, S. H., Graff, J. C., Bush, A. J., Oxford, M., & Wicks, M. N. (2018). Psychometric evaluation of the nursing child assessment teaching (NCAT) scale in a community-based sample. *Research in Nursing and Health*, 41(3), 301–311.
- Rich, K. (2003). Revisiting Joyce Travelbee's question: What's wrong with sympathy. *Journal of the American Psychiatric Association*, 9(6), 202–205.
- Roper, N. (1967). *Principles of nursing*: Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Roper, N. (1976). *Clinical experience in nurse education* (Research monograph): Churchill Livingstone: Edinburgh (Research monograph).
- Roper, N. (1977). *Paper (and working documents) on the assessment of patient/client needs for nursing care*. Kolding, Denmark: NMU Archive Box 2.
- Roper, N. (1985). *The elements of nursing: A model for nursing* (2nd ed.): Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Roper, N. (1990). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* (3rd ed.): Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1996). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living* (4th ed.): Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: Based on activities of living*: Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Schlairet, M. C., & Rubenstein, C. (2019). Senior NCLEX-RN coaching model: Development and implementation. *Nurse Educator*, 44(5), 250–254.
- Schmieding, N. J. (1993). *Ida Jean Orlando: A nursing process theory*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Schmieding, N. J. (2006). Ida Jean Orlando (Pelletier): Nursing process theory. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 431–451): Mosby: St. Louis.
- Scott, H. (2004). Nancy Roper (1918–2004): A great nursing pioneer. *British Journal of Nursing*, 19, 1121.
- Shloim, N., Verijken, C. M. J. L., Blundell, P., & Hetherington, M. M. (2017). Looking for cues: Infant communication of hunger and satiation during milk feeding. *Appetite*, 108, 74–82.
- Sibiya, M. N., Madlala, S. T., & Ngxongo, T. S. (2019). Challenges faced by student accoucheurs during clinical placement at the free state maternal health care institutions. *African Health Sciences*, 19(2), 2263–2269.
- Sills, G. M. (1998). Peplau and professionalism: The emergence of the paradigm of professionalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 167–171.
- Solà-Miravete, E., Lopez Pablo, C., Martinez-Segura, E., Adell-Lleixa, M., Juve Udina, E., & Lleixa-Fortuno, M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 345–354.
- Tallberg, M. (1997). Supporting the nursing process—an aim for education in nursing informatics. In J. Mantas (Ed.), *Health telematics education: Studies in health technology and informatics*, Vol. 41 (pp. 291–296). Amsterdam: IOS Press.
- The Washington Post. (March 6, 2017). *Faye Abdellah Obituary*. *The Washington Post*. <https://www.legacy.com/obituaries/>

- [washingtonpost/obituary.aspx?hpid=hp&n=faye-abdellah&pid=184355858](https://www.washingtonpost.com/archive/local/2015/05/15/obituary-lydia-hall-nurse-theorist/2015/05/15/).
- Touhy, T. A., & Birnbaum, N. (2001). Lydia Hall: The care, core, cure model. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 135–137): F. A. Davis: Philadelphia.
- Towell, A., Nel, W., & Muller, A. (2015). Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness in neophyte critical care nurses in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 20, 1–10.
- Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport. *American Journal of Nursing*, 63(2), 70–72.
- Travelbee, J. (1964). What's wrong with sympathy. *American Journal of Nursing*, 64(1), 68–71.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*: F. A. Davis: Philadelphia.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Trevizan, M. A., Almeida, R. G. D. S., Souza, M. C., Mazzo, A., Mendes, I. A. C., & Martins, J. C. A. (2015). Empathy in Brazilian nursing professionals: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 22, 367–376.
- Trygstad, L. N., Buccheri, R. K., Buffum, M. D., Ju, D., & Dowling, G. A. (2015). Auditory hallucinations interview guide: Promoting recovery with an interactive assessment tool. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 53, 20–28.
- Tsai, S. Y., Barnard, K. E., Lentz, M. J., & Thomas, K. A. (2011). Mother-infant activity synchrony as a correlate of the emergence of circadian rhythm. *Biological Research for Nursing*, 1, 80–88.
- Tsai, S., Thomas, K. A., Lentz, M. J., & Barnard, K. E. (2012). Light is beneficial for infant circadian entrainment: An actigraphic study. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1738–1747.
- Venkatesaperumal, R., D'Souza, M. S., Balachandran, S., & Radhakrishnan, J. (2013). Role of a nurse in non-invasive positive pressure ventilation: a conceptual model for clinical practice. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 251–255.
- Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing: A helping art*. New York: Springer.
- Wiedenbach, E. (1970). Nurses' wisdom in nursing theory. *American Journal of Nursing*, 70, 1057–1062.
- Wiggins, R. L. (1980). Lydia Hall's place in the development of theory of nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 12, 10–12.

Historia de la ciencia enfermera

Sonya R. Hardin

«La filosofía en su sentido amplio consiste en preguntarse y sentir curiosidad por las cuestiones fundamentales o “grandes” que el ser humano se ha planteado a lo largo de la historia. Las preguntas “¿qué es real?” (ontología), “¿qué se puede conocer?” (epistemología), “¿es justo?” (ética) y “¿existe un arte de los cuidados?” (estética) se consideran reflexiones indispensables en la práctica enfermera.»
(Bruce et al., 2014, p. 65)

¿Por qué es importante la ciencia? La ciencia es un método para describir, explicar y predecir las causas o el resultado de las intervenciones. La actividad científica ha ayudado a establecer evidencias que se utilizan para orientar la práctica en el cuidado de enfermería. Deseamos comprender lo desconocido e identificar la causa, el efecto y la diferencia significativa que puede suponer una intervención para prolongar la vida (Bronowski, 1979; Gale, 1979). Desde los años sesenta, algunos líderes en enfermería han diseñado estrategias para considerarla una disciplina científica. Ser una disciplina científica implica identificar los conocimientos propios de la enfermería para la asistencia de los pacientes, familias y comunidades. Implica que las enfermeras pueden desarrollar investigación básica y clínica para establecer la base científica de la asistencia de los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones. Una investigación reciente, por ejemplo, reveló que el entrenamiento preoperatorio de la movilidad redujo los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla (Iskender et al., 2020).

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LA NATURALEZA DE LA CIENCIA

Para formalizar la ciencia de la enfermería, hay que plantearse cuestiones básicas: ¿qué es la ciencia, el conocimiento y la verdad? ¿Qué métodos producen el conocimiento científico? Las respuestas a estas preguntas dependen de la filosofía propia. La perspectiva filosófica particular seleccionada para responder a estas preguntas influye en el modo en que los investigadores realizan las actividades científicas, en cómo interpretan los resultados e incluso en lo que consideran ciencia y conocimiento (Brown, 1977; Foucault, 1973).

Dos perspectivas filosóficas europeas que compiten entre sí y que se utilizan en la ciencia son el racionalismo y el empirismo.

Cada una de ellas es un tipo de **epistemología** o teoría del conocimiento que busca entender cómo descubrir la respuesta a una pregunta. Gale (1979) etiquetó estas epistemologías alternativas como centralmente preocupadas por el poder de la razón y el poder de la experiencia sensorial. Gale encontró similitudes entre las visiones divergentes de la ciencia en el tiempo de los griegos clásicos. Por ejemplo, Aristóteles creía que los avances en la ciencia biológica se desarrollarían a través de la observación sistemática de los objetos y fenómenos del mundo natural, mientras que Pitágoras creía que el conocimiento del mundo natural se desarrollaría a partir del razonamiento matemático (Brown, 1977; Gale, 1979).

La ciencia enfermera se ha caracterizado por dos ramas filosóficas de conocimiento a medida que se ha desarrollado la disciplina. Se utilizan varios términos para describir estas dos posiciones: 1) formas de ciencia **empirista, mecanicista, cuantitativa y deductiva**, o 2) **formas de ciencia interpretativa, holística, cualitativa e inductiva**. Conocer la naturaleza de estas posiciones filosóficas diferentes facilita el reconocimiento de la contribución de cada forma epistemológica en el conocimiento de la enfermería.

Racionalismo

La epistemología racionalista (ámbito del conocimiento) subraya la importancia del razonamiento previo como método adecuado para avanzar en el conocimiento. El razonamiento previo utiliza la lógica deductiva por razonamiento a partir de la causa de un efecto o por generalización a un caso particular. Un ejemplo en enfermería es el de analizar por qué la carencia de apoyo social (causa) provoca un reingreso hospitalario (efecto). Esta relación causal es una afirmación teórica hasta que se confirma o descarta. El enfoque tradicional procede a explicar la hospitalización con una explicación sistemática (teoría) de un fenómeno determinado (Gale, 1979). Algunas suposiciones teóricas procedentes del razonamiento deductivo

están sujetas a pruebas experimentales para corroborar la teoría. Reynolds (1971) etiquetó este enfoque como la **estrategia de la teoría seguida de la investigación**. Si los resultados de la investigación no se corresponden con las afirmaciones teóricas, se llevan a cabo investigaciones adicionales o se introducen modificaciones en la teoría y se conciben nuevas pruebas; de lo contrario, se descarta la teoría en favor de una explicación alternativa (Gale, 1979; Zetterberg, 1966). Popper (1962) sostenía que la ciencia evolucionaría más rápidamente mediante la elaboración de investigaciones en un intento de refutar nuevas ideas. Por ejemplo, su razón es simple; nunca podrá demostrarse que todas las personas con insuficiencia cardíaca que toman su medicación tienen menos reingresos hospitalarios, ya que siempre podría haber una que presente rehospitalizaciones frecuentes. Esta única persona puede refutar la teoría de que *todas* las personas que toman su medicación tienen menos reingresos hospitalarios. Desde la perspectiva de Popper, «la investigación consiste en generar hipótesis generales y luego intentar refutarlas» (Lipton, 2005, p. 1263). Así, la hipótesis de que el hecho de tomar la medicación reduce los reingresos hospitalarios sería el tema de interés que debe refutarse.

El punto de vista racionalista es más evidente en la obra de Einstein, el físico teórico, que utilizó ampliamente las ecuaciones matemáticas para desarrollar sus teorías. Las teorías que elaboró Einstein ofrecieron un marco imaginativo, que ha dirigido la investigación en numerosas áreas (Calder, 1979). Como señaló Reynolds (1971), si alguien cree que la ciencia es un proceso para inventar descripciones de los fenómenos, la estrategia adecuada para la construcción de la teoría es la estrategia de la teoría seguida de investigación. En opinión de Reynolds, «a medida que avanza la interacción continua entre la construcción de la teoría (invención) y su comprobación con la investigación empírica, la teoría se vuelve más precisa y completa como descripción de la naturaleza y, por tanto, más útil para los objetivos de la ciencia» (Reynolds, 1971, p. 145).

Empirismo

La visión empirista se basa en la idea central de que el conocimiento científico solo puede derivarse de la experiencia sensorial (es decir, ver, sentir, oír hechos). Se atribuye a Francis Bacon (Gale, 1979) la popularización de las bases del enfoque empirista de la investigación. Bacon creía que la realidad científica se descubría mediante la generalización de la observación de hechos en el mundo natural. Este enfoque, llamado **método inductivo**, se basa en la idea de que la recopilación de hechos precede a los intentos de formular generalizaciones, lo que Reynolds (1971) llamó la **estrategia de la investigación seguida de la teoría**. Uno de los mejores ejemplos para demostrar esta forma de lógica en enfermería tiene que ver con la formulación de diagnósticos diferenciales. La formulación de un diagnóstico diferencial requiere la recopilación de los hechos y la posterior elaboración de una lista de posibles teorías que expliquen los hechos.

La visión empirista estricta se refleja en la obra del conductista Skinner. En un escrito de 1950, Skinner expuso que se podían esperar avances en la ciencia de la psicología si los científicos se centraban en la recogida de datos empíricos. Fue cuidadoso en no extraer inferencias precoces, y propuso una moratoria en la construcción de la teoría hasta que se recogieran más hechos. El enfoque de Skinner (1950) para la construcción de la teoría fue claramente inductivo. Su visión de la ciencia y la popularidad del conductismo influyeron en el cambio del énfasis de la psicología, que pasó de la construcción de teorías a la recopilación de hechos entre los años 50 y 70 (Snelbecker, 1974). La dificultad del modo inductivo de indagación es que el mundo presenta un número infinito de observaciones posibles y, por tanto, los científicos aportan sus propias ideas a sus experiencias para decidir qué observar y qué excluir (Steiner, 1977). Con la inducción es importante no terminar las observaciones demasiado pronto y obtener conclusiones prematuras que sean equivocadas.

En resumen, la indagación deductiva utiliza el enfoque de teoría seguida de investigación, y la indagación inductiva utiliza el enfoque de investigación seguida de teoría. Ambos planteamientos son utilizados en los estudios de enfermería.

VISIONES DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX SOBRE LA CIENCIA Y LA TEORÍA

Durante la primera mitad del siglo XX, los **filósofos** se centraron en el análisis de la estructura de la teoría, mientras que los **científicos** se centraron en la investigación empírica (Brown, 1977). El interés por la historia de la ciencia, la naturaleza de los descubrimientos científicos o las similitudes entre la visión filosófica de la ciencia y los métodos científicos era mínimo (Brown, 1977). El **positivismo**, término utilizado por primera vez por Comte, surgió como la visión dominante de la ciencia moderna (Gale, 1979). Los positivistas lógicos modernos creían que la investigación empírica y el análisis lógico (deductivo e inductivo) eran dos enfoques que producirían conocimiento científico (Brown, 1977).

Los empiristas lógicos ofrecían una visión más indulgente del positivismo lógico y argumentaban que las proposiciones teóricas (proposiciones que afirman o niegan algo) deben demostrarse mediante la observación y la experimentación (Brown, 1977). Esta perspectiva se basa en la idea de que los hechos empíricos existen independientemente de las teorías y ofrecen la única base para la objetividad en la ciencia (Brown, 1977). Según este punto de vista, la verdad objetiva existe independientemente del investigador, y la tarea de la ciencia es descubrirla, lo que constituye un método inductivo (Gale, 1979). Esta visión de la ciencia se presenta a menudo en los cursos de método de investigación como: «En primer lugar, el científico prepara un experimento; observa lo que ocurre...; llega a una hipótesis preliminar para describir lo ocurrido; realiza más experimentos para contrastar la hipótesis [y] fi-

nalmente corrige o modifica la hipótesis a la luz de los resultados» (Gale, 1979, p. 13).

El creciente uso de los ordenadores, que permiten el análisis de grandes conjuntos de datos, puede haber contribuido a la aceptación del enfoque positivista de la ciencia moderna (Snelbecker, 1974). Sin embargo, en la década de 1950, la literatura comenzó a cuestionar cada vez más la visión positivista, marcando así el comienzo de una nueva visión de la ciencia a finales del siglo XX (Brown, 1977).

VISIONES EMERGENTES DE LA CIENCIA Y LA TEORÍA A FINALES DEL SIGLO XX

En los últimos años del siglo XX, varios autores presentaron análisis que ponían en duda la posición positivista, sentando así las bases para una nueva perspectiva de la ciencia (Brown, 1977; Foucault, 1973; Hanson, 1958; Kuhn, 1962; Toulmin, 1961). Foucault (1973) publicó su análisis de la **epistemología** (conocimiento) de las ciencias humanas del siglo XVII al siglo XIX. Su tesis principal sostenía que el conocimiento científico se organizaba en diferentes patrones en un momento dado y en una cultura determinada y que los seres humanos emergían como objetos de estudio (Clinton y Springer, 2016).

En 1977, Brown abogó por una revolución intelectual en la filosofía que hiciera hincapié en que la historia de la ciencia estaba sustituyendo a la lógica formal como principal herramienta de análisis en la filosofía de la ciencia. Una de las principales perspectivas en la nueva filosofía ponía de relieve que la ciencia era un proceso de construcción continua de estudios, más que un producto de los hallazgos. En esta epistemología emergente, el énfasis se desvió hacia entender el descubrimiento y el proceso científico a medida que las teorías cambiaban con el tiempo.

Los empiristas ven los fenómenos de forma objetiva, recogen datos y los analizan para proponer una teoría inductivamente (Brown, 1977). Esta forma se basa en que la realidad objetiva existe en el mundo, esperando ser descubierta. Brown (1977) expuso una nueva epistemología que cuestionaba el punto de vista empirista, proponiendo que las teorías desempeñan un papel importante a la hora de determinar lo que el científico observa y cómo lo interpreta. La historia siguiente (creada por la autora) ilustra la premisa de Brown de que las observaciones están cargadas de conceptos; es decir, una observación está influida por los valores y las ideas que están en la mente del observador:

«Una paciente anciana ha sufrido un traumatismo y parece estar llorando. La enfermera de admisiones observa que la paciente tiene marcas en el cuerpo y cree que ha sufrido maltrato; el radiólogo ha visto una radiografía y opina que la paciente que está llorando siente dolor debido a que se ha fracturado el fémur y que no requerirá cirugía sino tan solo una reducción cerrada;

el capellán ve a la paciente llorando y cree que necesita consuelo espiritual. Cada una de estas observaciones está lastrada por distintos conceptos.»

Si los científicos perciben patrones en el mundo empírico basados en sus teorías presupuestas, ¿cómo pueden percibir nuevos patrones o formular nuevos descubrimientos? Gale (1979) respondió proponiendo que el científico es capaz de percibir intrusiones contundentes del entorno que desafían su razonamiento mental previo, planteando así preguntas sobre la perspectiva teórica actual. Brown (1977) sostuvo que un marco teórico presupuesto influye en la percepción; sin embargo, las teorías no son el único factor determinante de la percepción del científico. Brown identificó tres puntos de vista distintos de la relación entre teorías y observación:

1. Los científicos son meros observadores pasivos de los acontecimientos del mundo empírico. Los datos perceptibles son realidad objetiva que espera a ser descubierta.
2. Las teorías estructuran lo que el científico percibe en el mundo empírico.
3. Las teorías presupuestas y los datos observables interactúan en el proceso de investigación científica (Brown, 1977, p. 298).

El argumento de Brown para explicar una perspectiva interaccionista coincide con el consenso científico en el estudio del reconocimiento de patrones en la forma en que los humanos procesan la información. Las distintas miniteorías siguientes han dirigido las iniciativas de investigación hacia esta área: 1) la teoría impulsada por los datos o ascendente, y 2) la teoría impulsada por los conceptos o descendente (Norman, 1976). En la teoría ascendente, las expectativas cognoscitivas (lo que se conoce o las formas de organizar el significado) se utilizan para seleccionar la información de entrada y procesar esa información que proviene del entorno. La segunda, teoría descendente, supone que los datos se perciben como información no etiquetada, y se analizan como datos aún por procesar, aumentando los niveles de complejidad hasta que se han clasificado todos los datos. La evidencia de la investigación actual sugiere que el reconocimiento de las pautas humanas progresa mediante la interacción de procesos, basados tanto en los datos como en los conceptos, y utiliza fuentes de información en categorías cognitivas, debidamente organizadas, así como en estímulos del entorno sensorial.

En la nueva epistemología, la ciencia se considera un proceso continuo. Se da mucha importancia a la idea de consenso entre los científicos. Como concluyó Brown (1977), es un mito que la ciencia pueda establecer verdades definitivas. Lo que se puede esperar son intentos de consenso basados en los juicios razonados sobre las evidencias disponibles. Desde este punto de vista, el conocimiento científico es lo que el consenso de los científicos de una época histórica determinada considera como conocimiento científico (Brown, 1977). Este consenso es posible gracias a la colaboración de muchos

científicos, ya que ponen su trabajo a disposición del público para que lo revise y debata, y se basan en descubrimientos científicos anteriores (Randall, 1964). La evidencia nos permite empezar a comprender la ciencia basada en la evidencia. Las enfermeras usan la ciencia basada en la evidencia para apoyar las intervenciones que realizan en la asistencia de sus pacientes.

En cualquier época y en cualquier disciplina, la ciencia está estructurada por un conjunto aceptado de presuposiciones que definen el tema de estudio y definen los mejores métodos de recogida e interpretación de datos (Brown, 1977; Foucault, 1973; Kuhn, 1962). Estas presuposiciones ponen las fronteras de la iniciativa científica en un campo en concreto. Veamos la idea de Brown acerca de las interrelaciones entre la teoría y la observación empírica:

«La teoría determina qué observaciones merecen la pena y cómo deben entenderse, y la observación proporciona desafíos a las estructuras teóricas aceptadas. El intento continuo de elaborar un corpus coherentemente organizado de teoría y observación es la fuerza principal de la investigación, y el fracaso persistente de proyectos de investigación específicos lleva a revoluciones científicas.»

(Brown, 1977, p. 167)

Lo que hoy entendemos como el mejor enfoque para el cuidado del paciente, basado en la ciencia actual, puede cambiar con el tiempo. Cuando surgen nuevos problemas o una nueva forma de interpretar las observaciones, se produce un cambio en la forma de pensar y hacer las cosas (Kuhn, 1962). Según Kuhn, la ciencia progresa de una preciencia a una ciencia normal, a una crisis, a una revolución y luego a una nueva ciencia normal. Una vez que la ciencia normal se desarrolla, el proceso vuelve a empezar cuando estalla una crisis que lleva a la revolución, y vuelve a surgir una nueva ciencia normal (Kuhn, 1970; Nyatanga, 2005). Es lo que Kuhn denomina *cambio de paradigma* en el desarrollo científico dentro de una disciplina. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los antiinflamatorios no esteroideos son tan potentes como los opioides (Chang et al., 2017).

INTERDEPENDENCIA DE LA TEORÍA Y LA INVESTIGACIÓN

Tradicionalmente, la construcción de la teoría y la investigación se han presentado a los estudiantes en cursos separados. A menudo, esta separación ha causado problemas a los estudiantes para entender la naturaleza de las teorías y para comprender la relevancia de los esfuerzos de la investigación (Winston, 1974). Aunque la teoría y la investigación pueden verse como operaciones distintas, es más correcto considerarlas componentes interdependientes del proceso científico (Dubin, 1978). A la hora de construir una teoría, el teórico

debe ser consciente de los hallazgos empíricos disponibles y tiene que ser capaz de tenerlos en cuenta, porque la teoría está, en parte, ligada a la organización y a la formalización del conocimiento disponible de un fenómeno determinado. La teoría está sujeta a revisión si las hipótesis no se corresponden con los hallazgos empíricos, o la teoría puede ser abandonada en favor de una explicación alternativa que dé cuenta de la nueva información (Brown, 1977; Dubin, 1978; Kuhn, 1962).

En cualquier disciplina científica, no conviene juzgar una teoría sobre la base de la autoridad, la fe o la intuición; debe juzgarse sobre la base del consenso científico (Randall, 1964). Por ejemplo, si una teoría de enfermería específica se considera aceptable, este juicio no debería hacerse solo porque un líder enfermero respetado defienda esta teoría. En cambio, la teoría debería considerarse aceptable por su fondo lógico, conceptual o empírico. La comunidad (enfermera) científica emite estos juicios (Gale, 1979).

El avance de la ciencia es, por tanto, un proyecto de colaboración en el que muchos investigadores evalúan y se basan en el trabajo de otros. Las teorías, los procedimientos y los descubrimientos de los estudios empíricos deben estar disponibles para someterlos a una revisión crítica de los científicos, para que la evidencia sea acumulativa. Los mismos procedimientos pueden utilizarse para dar apoyo o rechazar un cierto análisis o descubrimiento. Una teoría se acepta cuando los científicos están de acuerdo en que proporciona una descripción de la realidad que refleja el fenómeno basándose en los resultados de la investigación actual (Brown, 1977). La aceptación de una hipótesis científica depende de la coherencia de la teoría, que implica esfuerzos para relacionar la teoría con los fenómenos observables en la práctica a través de la investigación (Steiner, 1978).

Por tanto, el consenso sobre la correspondencia de la teoría no se basa en un solo estudio. La repetición de pruebas es fundamental. El estudio debe repetirse bajo las mismas condiciones, y las suposiciones teóricas deben explorarse bajo condiciones o con medidas distintas. Por lo tanto, el consenso se basa en la evidencia acumulada (Giere, 1979). Cuando la teoría no parece tener el apoyo de la investigación, la comunidad científica no tiene por qué rechazarla necesariamente. Más que aceptar que existe un problema en la teoría en sí, la comunidad puede establecer juicios sobre la validez o la confianza en las medidas utilizadas para demostrar la teoría o sobre la adecuación del diseño de la investigación. Estas posibilidades se consideran evaluando de manera crítica todos los intentos para demostrar una teoría concreta.

El consenso científico es necesario en tres áreas clave para cualquier teoría: 1) acuerdo sobre los límites de la teoría, es decir, el fenómeno que aborda y los fenómenos que excluye (criterio de coherencia); 2) acuerdo sobre la lógica utilizada en la construcción de la teoría para avanzar en la comprensión desde una perspectiva similar (criterio de coherencia), y 3) acuerdo de que la teoría se ajusta a los datos recogidos y analizados a través de la investigación

(criterio de correspondencia) (Brown, 1977; Dubin, 1978; Steiner, 1977, 1978). Esencialmente, el consenso en estas tres áreas constituye un acuerdo entre los científicos para «mirar las mismas “cosas”, hacerlo de la misma manera y tener un nivel de confianza certificado por una prueba empírica» (Dubin, 1978, p. 13). Por tanto, la teoría debe cumplir estos criterios para ser operacionalizada.

El cuestionamiento científico consiste en poner a prueba una cierta teoría, desarrollar nuevas aplicaciones de una teoría o ampliar una teoría determinada. En escasas ocasiones se desarrolla una nueva teoría con distintas suposiciones, que podría sustituir posiblemente las teorías previas. Por tanto, una teoría aceptada previamente es abandonada en favor de otra cuando no consigue una correspondencia con los hallazgos empíricos o no presenta unas directrices claras para futuras investigaciones. La comunidad científica juzga la teoría alternativa seleccionada para explicar los datos disponibles y sugerir otras líneas de cuestionamiento (Brown, 1977; Kuhn, 1962). De esta manera se conforma una nueva visión del mundo.

En las ciencias sociales y del comportamiento, como la enfermería, se cuestionan los supuestos en los que se basan los métodos aceptados de diseño experimental, medición y análisis estadístico que hacen hincapié en la búsqueda de leyes universales y en el uso de procedimientos para la asignación aleatoria de sujetos en distintos contextos. Mishler (1979) argumentó que, al estudiar el comportamiento humano, los investigadores deben desarrollar métodos y procedimientos que dependan del contexto para su significado, en lugar de eliminar el contexto buscando leyes que se mantengan en todos los contextos. Esta crítica a los métodos y suposiciones de la investigación surge de los teóricos fenomenológicos, que ven el proceso científico de forma diferente (Bowers, 1992; Hudson, 1972; Mishler, 1979; Pallikkathayil y Morgan, 1991). Una de estas visiones del mundo es la llamada **fenomenología**, que describe cómo experimentamos los objetos del mundo exterior y ofrece una explicación de cómo construimos los objetos de la experiencia. En la fenomenología, el investigador postula que todos los objetos existen porque las personas los perciben y los construyen como tales. Un ejemplo de la fenomenología es el intento de comprender al paciente escuchando su experiencia vital y apreciando a cada individuo de forma holística.

En enfermería existe el consenso de que la base de conocimientos para la práctica enfermera se basa en las filosofías **pospositivista e interpretativa** (Ford-Gilboe et al., 1995). El pospositivismo se centra en el descubrimiento de pautas que puedan describir, explicar o predecir los fenómenos. Rechaza los antiguos puntos de vista positivistas tradicionales de un conocimiento objetivo final que es observable solo a través de los sentidos (Ford-Gilboe et al., 1995; Weiss, 1995). El paradigma interpretativo tiende a promover la comprensión abordando los significados de la interacción social de los participantes que hacen hincapié en la situación, el contexto y las múltiples construcciones cognitivas que los individuos

crean a partir de las experiencias cotidianas (Ford-Gilboe et al., 1995).

El paradigma crítico para el desarrollo del conocimiento en enfermería también se ha descrito como un paradigma emergente, posmoderno (Sandelowski, 2002). Una concepción amplia del posmodernismo incluye el neoliberalismo. El neoliberalismo tiene que ver con la economía y la privatización de la sanidad, así como con la salud «conceptualizada como una situación de pérdidas y ganancias y el Paciente como capital humano en una cuenta de gastos» (Foth et al., 2018, p. 9). Esta forma de pensar elimina la equidad, la justicia o el bien común. Más bien, el desarrollo y el uso de la teoría tienen como finalidad garantizar los medios más económicos para la prestación de la atención. Este enfoque deja de lado la justicia social respecto a la forma en que la enfermería permanece invisible.

La filosofía de la enfermería se ha ido desarrollando a lo largo de 150 años. La filosofía de los cuidados, el naturalismo y el holismo tienen recorridos que se encuentran en la literatura. Numerosos autores han escrito sobre los cuidados. El cuidado implica la totalidad de la situación del paciente, que implica que en enfermería dichos cuidados requieren una interpretación, comprensión y experiencia hermenéutica. La filosofía de los cuidados implica conocimientos, habilidades, la confianza del paciente y la capacidad de manejar todos los elementos simultáneamente en el contexto de tales cuidados (Adams, 2016). El uso de la ciencia de los cuidados potencia la comprensión de la justicia social. Lo invisible se hace visible cuando los cuidados humanos plasman unos cuidados éticos (Goldberg et al., 2018; Sandelowski, 2002).

El holismo es otra filosofía que busca entender la experiencia humana. «La armonía, el equilibrio y la función óptimos de la unidad interconectada e interdependiente de las dimensiones espiritual, física, mental y social operan en y a través del propio entorno» (Ziebarth, 2016, p. 1818). El holismo abarca las dimensiones física, psicológica, espiritual y social de la persona.

El naturalismo tiene un componente metafísico que implica que el mundo natural existe; no hay un dominio no natural o sobrenatural. El mundo natural es abierto, ya que depende del método que exija la indagación. El naturalismo insiste en que el conocimiento y las creencias se obtienen por los propios sentidos guiados por la razón y por los diversos métodos de la ciencia (Hussey, 2011).

A pesar de que estas filosofías han sido propuestas en la literatura, la ciencia de la enfermería se encuentra en las fases iniciales del desarrollo científico. A medida que la disciplina enfermera avanza, surgen abundantes pruebas de que un mayor número de estudiosos de la enfermería participan activamente en el avance del conocimiento de la disciplina de la enfermería a través de la investigación y el diálogo académico. Esto puede verse con la aparición de teorías de nivel medio que utilizan la inducción, la deducción y la síntesis de la enfermería y otras disciplinas. Las afirmaciones generales sobre un fenómeno concreto se verifican con datos. La importancia científica de comprender el impacto de las filosofías emergentes es cada vez más evidente.

LA CIENCIA COMO UNA INICIATIVA SOCIAL

El proceso de investigación científica también puede considerarse una empresa social (Mishler, 1979). En palabras de Gale, «los seres humanos hacen ciencia» (Gale, 1979, p. 290). Por lo tanto, cabe prever que los factores sociales, económicos o políticos influyan en la empresa científica (Brown, 1977). La ciencia progresa mediante la diversidad del diálogo en la disciplina enfermera. Hoy en día, la búsqueda del conocimiento está englobada en las perspectivas políticas (socialismo frente a capitalismo) e ideológicas de los gobiernos, los financiadores de la investigación y los sistemas de pago en

los que se quedan circunscritas las enfermeras. «La preferencia duradera entre los organismos de financiación, incluido el NINR (National Institute of Nursing Research), para la investigación empírica basada en datos sigue dificultando que los teóricos de la enfermería consigan financiación para su trabajo y amenaza con devaluar la investigación conceptual y teórica dentro de los programas de doctorado de enfermería» (Tobbell, 2018, p. 71). Los investigadores se basan en estas y otras filosofías de la ciencia no europeas para estudiar los fenómenos de la enfermería. A continuación se ofrecen enlaces a páginas para profundizar en el estudio de las filosofías no europeas.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- 100 términos filosóficos básicos: <http://www.str.org/articles/philosophy-index.com/terms>
- Racionalismo frente a empirismo: <http://plato.stanford.edu/entries/rationalism-empiricism/>
- Fenomenología: <http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>
- Naturalismo: <http://plato.stanford.edu/entries/naturalism/>
- Filosofía africana: <http://plato.stanford.edu/entries/africana/#ConcAfriPhil>
- Filosofía árabe e islámica: <https://plato.stanford.edu/entries/arabic-islamic-language/>
- Edmund Husserl: <http://plato.stanford.edu/entries/husserl/>
- Filosofía japonesa: <https://plato.stanford.edu/entries/japanese-philosophy>
- Filosofía de la ciencia de Kant: <http://plato.stanford.edu/entries/kant-science>

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, L. Y. (2016). The conundrum of caring in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 1–8.
- Bowers, L. (1992). Ethnomethodology I: An approach to nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 29(1), 59–67.
- Bronowski, J. (1979). *The visionary eye: Essays in the arts, literature and science*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Brown, H. (1977). *Perception, theory and commitment: The new philosophy of science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bruce, A., Rietze, L., & Lim, A. (2014). Understanding philosophy in a nurse's world: What, where and why. *Nursing and Health*, 2(3), 65–71.
- Calder, N. (1979). *Einstein's universe*. New York: Viking.
- Chang, A. K., Bijur, P. E., Esses, D., Barnaby, D. P., & Baer, J. (2017). Effect of a single dose of oral opioid and nonopioid analgesics on acute extremity pain in the emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA*, 318(17), 1661–1667.
- Clinton, M., & Springer, R. (2016). Foucault's legacy for nursing: Are we beneficiaries or intestate heirs. *Nursing Philosophy*, 17(2), 119–131.
- Dubin, R. (1978). *Theory building*. New York: Free Press.
- Ford-Gilboe, M., Campbell, J., & Berman, H. (1995). Stories and numbers: Coexistence without compromise. *Advances in Nursing Science*, 18(1), 14–26.
- Foth, T., Jette, L., & Smith, K. (2018). Nursing history as philosophy—towards a critical history of nursing. *Nursing Philosophy*, 19(3), 1–11.
- Foucault, M. (1973). *The order of things: An archaeology of the human sciences*. New York: Vintage Books.
- Gale, G. (1979). *Theory of science: An introduction to the history, logic and philosophy of science*. New York: McGraw-Hill.
- Giere, R. N. (1979). *Understanding scientific reasoning*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Goldberg, L., Rosenberg, N., & Watson, J. (2018). Rendering LGBTQ visible in nursing: Embodying the philosophy of caring science. *Journal of Holistic Nursing*, 36(3), 262–271.
- Hanson, N. R. (1958). *Patterns of discovery*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Hudson, L. (1972). *The cult of the fact*. New York: Harper & Row.
- Hussey, T. (2011). Naturalistic nursing. *Nursing Philosophy*, 12, 45–52.
- Iskender, M. D., Bektas, O., & Eren, H. (2020). Effect of preoperative in-bed exercises and mobilization training on postoperative anxiety and mobilization level. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(4), e12339.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Lipton, P. (2005). The Medawar lecture 2004: The truth about science. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 360, 1259–1269.
- Mishler, E. G. (1979). Meaning in context: Is there any other kind. *Harvard Educational Review*, 49, 1–19.
- Norman, D. A. (1976). *Memory and attention: An introduction to human information processing*. New York: Wiley.

- Nyatanga, L. (2005). Nursing and the philosophy of science. *Nurse Education Today*, 25(8), 670–674.
- Pallikkathayil, L., & Morgan, S. (1991). Phenomenology as a method for conducting clinical research. *Applied Nursing Research*, 4(4), 195–200.
- Popper, K. (1962). *Conjectures and refutations*. New York: Basic Books.
- Randall, J. H. (1964). *Philosophy: An introduction*. New York: Barnes & Noble.
- Reynolds, P. (1971). *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Sandelowski, M. (2002). Vanishing human, vanishing bodies, and virtual nursing: Complications of life, presence, place, and identity. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 58–70.
- Skinner, B. F. (1950). Are theories of learning necessary. *Psychological Review*, 57, 193–216.
- Snelbecker, G. (1974). *Learning theory, instructional theory, and psychoeducational design*. New York: McGraw-Hill.
- Steiner, E. (1977). *Criteria for theory of art education*. In *Unpublished monograph presented at Seminar for Research in Art Education*. Bloomington: Indiana University School of Education.
- Steiner, E. (1978). *Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers*. Washington, DC: University Press.
- Tobbell, D. A. (2018). Nursing's boundary work: Theory development and the making of nursing science, ca. 1950–1980. *Nursing Research*, 67(2), 63–73.
- Toulmin, S. (1961). *Foresight and understanding*. New York: Harper & Row.
- Weiss, S. J. (1995). Contemporary empiricism. In A. Omery, C. E. Kasper, & G. G. Page (Eds.), *In search of nursing science* (pp. 13–26). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Winston, C. (1974). *Theory and measurement in sociology*. New York: Wiley.
- Zetterberg, H. L. (1966). *On theory and verification in sociology*. Totowa, NJ: Bedminster Press.
- Ziebarth, D. (2016). Wholistic health care: Evolutionary conceptual analysis. *Journal of Religion and Health*, 55(5), 1800–1823.

Proceso de desarrollo de teorías

Sonya R. Hardin

«La exploración de las cuestiones filosóficas que surgen de las tendencias actuales de la filosofía de la ciencia puede ayudar a las enfermeras a ampliar su repertorio de herramientas conceptuales que apoyen el continuo progreso teórico de la enfermería.»

(Reed, 2018, p. 34)

Las teorías enfermeras que establecen claramente la comprensión de los fenómenos de enfermería (es decir, el apoyo social, la defensa, la soledad) guían la práctica y la investigación en enfermería. Cuando se propone una teoría enfermera para abordar un fenómeno de interés, se tienen en cuenta varias cuestiones, como su completitud y lógica, consistencia interna, correspondencia con hallazgos empíricos y si ha sido definida de forma operativa para ser probada. Los análisis de las pruebas conducen lógicamente a la evolución de la teoría. La evidencia científica se acumula a través de repetidas investigaciones rigurosas que apoyan o refutan los fundamentos teóricos y dan lugar a modificaciones o extensiones de la teoría. El desarrollo de la teoría enfermera no es una actividad misteriosa, sino un esfuerzo investigador que se persigue sistemáticamente. El desarrollo riguroso de las teorías de enfermería, en particular las que honran a la humanidad, es una gran prioridad para la profesión de la enfermería (Milton, 2016).

Las enfermeras en la práctica ven patrones que a menudo conducen a protocolos o árboles de toma de decisiones. La función de estos protocolos y árboles de toma de decisiones es el fenómeno que interesa en la atención al paciente. Un modelo o marco conceptual para comprender y definir los fenómenos de interés es el primer paso en el desarrollo de la teoría. Construir relaciones con vínculos entre conceptos relacionados es el segundo paso. Por último, los enunciados o proposiciones relacionados se desarrollan para construir una teoría.

COMPONENTES DE LA TEORÍA

El desarrollo de la teoría requiere la comprensión de determinados términos académicos, definiciones y supuestos para que puedan dar lugar a revisiones y análisis especializados. Se debe prestar atención a los términos y significados definidos para

comprender el proceso de desarrollo de la teoría que se utilizó. Por tanto, la claridad de los términos, su utilidad científica y su valor para la disciplina son cuestiones importantes en el proceso.

Hage (1972) identificó seis componentes de la teoría y especificó su contribución a la teoría (tabla 4.1). Se presentan tres categorías de componentes de la teoría como base para comprender la función de cada elemento en el proceso de elaboración de teorías: los conceptos y definiciones, los enunciados relacionales y los vínculos y la organización.

Conceptos y definiciones

Los conceptos, los bloques de desarrollo de teorías, clasifican los fenómenos de interés (Kaplan, 1964). Es fundamental que los conceptos se consideren dentro del sistema teórico en el que están integrados y de los que procede su significado, ya que los conceptos pueden tener significados diferentes en marcos conceptuales o sistemas teóricos distintos. El progreso científico se basa en la revisión crítica y la evaluación del trabajo de un investigador por parte de la comunidad científica.

Los conceptos pueden ser abstractos o concretos. Los conceptos abstractos se construyen mentalmente con independencia de un tiempo o lugar específico, mientras que los conceptos concretos se experimentan directamente y se relacionan con un tiempo o lugar particular (Chinn y Kramer, 2018; Hage, 1972; Reynolds, 1971) (tabla 4.2).

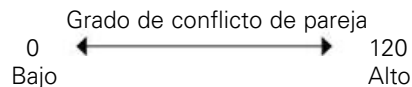
La evacuación, la defecación, la emesis y las ventosidades son ejemplos de los conceptos concretos correspondientes al concepto abstracto de *eliminación*. En un sistema teórico determinado, la definición, las características y el funcionamiento de una competencia enfermera aclaran instancias más específicas, como la competencia del profesional de enfermería en la administración de medicamentos.

Las teorías pueden utilizarse como una serie de conceptos discretos invariables (y subconceptos) para construir tipologías. Las tipologías son conjuntos sistemáticos de conceptos dentro

Componentes teóricos	Contribuciones a la teoría	Ejemplos	
Conceptos y definiciones			
Conceptos	Describen el fenómeno	Edad	Ejercicio
Definiciones teóricas del concepto	Establecen el significado	Cuánto tiempo alguien ha estado vivo	Una persona que está activa
Definiciones operativas del concepto	Proporcionan la medida	Años de vida	Número de horas que está activa
Enunciados relacionados			
Enunciados teóricos	Relacionan unos conceptos con otros; permite el análisis	El ejercicio disminuye con la edad	
Enunciados operativos	Relacionan conceptos con medidas	Las horas de actividad disminuyen con más años de vida	
Vínculos y organización			
Vínculos de los enunciados teóricos	Proporcionan una explicación de por qué los enunciados teóricos están relacionados; añaden plausibilidad	Un estudio comunicó que más del 30% de los adultos de 65 años o más refirieron no realizar ninguna actividad física en su tiempo libre (CDC, 2017)	
Vínculos de los enunciados operativos	Proporcionan una explicación de cómo están relacionadas las variables de medición; permiten la verificabilidad	Los cuestionarios cumplimentados por los participantes sobre la cantidad (horas) son prácticos, fáciles de administrar a grandes grupos y rentables. También son generalmente bien aceptados, suponen una carga relativamente escasa e interfieren poco en los hábitos habituales del individuo. Sin embargo, propician una sobre- o subestimación debido a un recuerdo impreciso, a la conveniencia social y a la mala interpretación (Falck et al., 2016)	
Organización de los conceptos y definiciones en términos primitivos y derivados	Elimina la superposición (tautología)	Los adultos de edad avanzada estarían más sanos si hiciesen ejercicio	
Organización de los enunciados y relaciones en premisas y en hipótesis y ecuaciones derivadas	Elimina la inconsistencia	Los adultos de edad avanzada realizan menos horas de ejercicio a la semana. Los adultos de edad avanzada tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud. Por tanto, una disminución del ejercicio aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud	

de una categoría dada. Por ejemplo, una tipología sobre la actitud hacia la vacunación podría dividirse en creencia, opinión, voluntad o perspectiva de determinación del riesgo. Estas categorías discretas podrían dividirse aún más para permitir la clasificación de otra variable en esta tipología. En la [tabla 4.3](#) se muestra una tipología por géneros de la actitud hacia la vacunación y la creencia. Los participantes son de uno u otro sexo, porque no hay grados que los definan en esta categoría discreta. Siguiendo con este ejemplo, la tipología podría dividirse agregando el concepto discreto de creencia. Los participantes se clasificarían como perjudiciales, beneficiosos o de apoyo.

en función de un rango que representa el grado de conflicto matrimonial en su relación desde el más bajo al más alto.

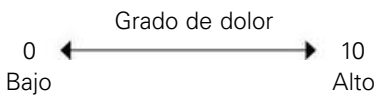


Otros conceptos continuos que pueden utilizarse para clasificar a las parejas pueden ser la cantidad de comunicación, el número de actividades compartidas o el número de hijos. Ejemplos de conceptos continuos utilizados para clasificar a los pacientes son los grados de temperatura, el nivel de ansiedad o la edad. Otro ejemplo es cómo las enfermeras conceptualizan el dolor como un concepto continuo cuando les piden a los pacientes que califiquen su dolor en una escala de 0 a 10

TABLA 4.2 Conceptos: abstractos frente a concretos	
Conceptos abstractos	Conceptos concretos
Eliminación	Evacuación, defecación, emesis, ventosidad, drenaje
Enfermedad vascular	Ictus, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica
Telemetría	Electrocardiograma, monitorización Holter, respuesta coclear, impactos craneales
Pérdida de relaciones	Divorcio, viudez, suicidio, pérdida perinatal, jubilación
Competencias en enfermería	Cultural, acceso intravenoso, cálculo de medicamentos, justicia social

TABLA 4.3 Tipología de la actitud hacia la vacunación y creencia			
Creencia	Actitud hacia la vacunación por género		
	Buena	Mala	Indiferente
Hombre	15	75	23
Mujer	25	72	41
Total	40	147	64

para comprender mejor su umbral de dolor o experiencia dolorosa.



La elaboración de conceptos, por tanto, permite describir y clasificar los fenómenos (Hage, 1972). La identificación de un concepto marca los límites para la selección de fenómenos que deben observarse y el razonamiento sobre los fenómenos de interés. Los nuevos conceptos pueden centrar la atención en nuevos fenómenos o facilitar que se piense en los fenómenos de una manera diferente (Hage, 1972). El análisis del concepto sigue prosperando, con muchos ejemplos en la literatura enfermera. En la [tabla 4.4](#) se presentan las referencias a los análisis realizados con diferentes enfoques.

El análisis de conceptos es un paso inicial importante en el proceso de desarrollo de teorías para crear una definición conceptual. Es fundamental que los conceptos estén claramente definidos dentro del modelo o marco conceptual para reducir la ambigüedad del concepto o conjunto de conceptos determinados. Para eliminar las diferencias percibidas en su significado, son necesarias definiciones explícitas. A medida que se desarrolla la teoría, las definiciones teóricas y operativas proporcionan el significado del concepto y la base para los

TABLA 4.4 Análisis de los conceptos publicados usando el enfoque de Walker y Avant (2011)	
Ejemplos seleccionados del análisis de conceptos	Autor(es)
Fatiga prodrómica del infarto de miocardio	Blakeman (2019)
Ubuntu: la esencia del cuidado y del ser	Nolte y Downing (2019)
Cultura alimentaria	Mollohan (2018)
Criterio en enfermería	de Tantillo y De Santis (2019)
Angustia materna en la unidad de cuidados intensivos neonatales	Staver et al. (2019)

indicadores empíricos del teórico. Las teorías se evalúan en el mundo real; por tanto, los conceptos deben vincularse con definiciones operativas que relacionen los conceptos con fenómenos observables que especifiquen indicadores empíricos. En la [tabla 4.5](#) se ofrecen ejemplos de conceptos con sus definiciones teóricas y operativas. Estos **vínculos son vitales** para la lógica de la teoría, su observación y su medición.

Enunciados relacionados

Los enunciados de una teoría pueden establecer definiciones o relaciones entre conceptos. Mientras que las definiciones proporcionan descripciones del concepto, los enunciados relacionados proponen relaciones entre dos o más conceptos. Los conceptos deben estar conectados entre sí en una serie de enunciados teóricos para idear una teoría de enfermería.

En las conexiones entre variables, se puede proponer que una variable influya en una segunda. En este caso, la primera variable puede considerarse como la variable antecedente o determinante (independiente) y la segunda como la variable consecuente o resultante (dependiente) (Giere, 1997). Un ejemplo de variable antecedente y consecuente se explica con el concepto de *criterio en enfermería*, donde los antecedentes se identificaron como el conocimiento, la experiencia y la intuición. Las consecuencias identificadas fueron la comunicación, la comodidad del paciente y el resultado del paciente. Estos antecedentes (situación previa) y consecuencias (resultado) fueron desarrollados a partir de la literatura (de Tantillo y De Santis, 2019).

Las afirmaciones teóricas son una condición necesaria o suficiente, o ambas. Estas definiciones de condición necesaria o suficiente caracterizan las condiciones que ayudan a explicar la naturaleza de la relación entre dos variables en los enunciados teóricos. Por ejemplo, un enunciado relacional expresado como condición suficiente podría ser el siguiente: si las enfermeras movilizan a los pacientes en el postoperatorio, estos recibirán el alta antes. Este es un tipo de enunciado compuesto que vincula las variables antecedente y consecuente. El enunciado no

TABLA 4.5 Ejemplos de definiciones teóricas y operativas

Concepto	Definición teórica	Definición operativa
Temperatura corporal	Rango homeotérmico del propio entorno interno mantenido por el sistema de termorregulación del cuerpo humano	Grados de temperatura medidos mediante termómetro oral tomados durante 1 min debajo de la lengua
Competencia cultural	El proceso dinámico y evolutivo de adquirir la capacidad de proporcionar una atención eficaz, segura y de calidad a personas de diferentes culturas, prestando consideración a los diferentes aspectos de sus culturas	Escala de medición de la competencia cultural para trabajadores sanitarios (EMMCC-14) (Pedrero et al., 2020). Esta escala es un instrumento de 14 elementos que mide la sensibilidad a los propios prejuicios, el conocimiento cultural y las habilidades para trabajar en entornos culturalmente diversos
Actitud de justicia social	Actitudes hacia la intención de participar en acciones sociales. La acción social podría incluir el activismo político y social u otras actividades relacionadas con la justicia social	Escala de justicia social (Torres-Harding et al., 2012). Esta escala es una medida de 24 elementos relacionados con actitudes de justicia social, control conductual percibido de justicia social, normas subjetivas de justicia social e intenciones conductuales de justicia social

asevera la verdad del antecedente. Más bien, la afirmación hace que, si el antecedente es verdadero, entonces el consecuente es verdadero (Giere, 1979).

Una condición suficiente significa que una variable da lugar a la aparición de otra variable. No afirma que sea la única variable que pueda dar lugar a la aparición de la otra variable. Esta afirmación asevera que la movilización de un paciente en el postoperatorio por parte de una enfermera es suficiente para que se produzca el alta temprana. Sin embargo, no se descarta que la movilidad del paciente se vea afectada por su estado de salud y las variables de la personalidad que influyen en el resultado. Puede haber otras condiciones antecedentes suficientes para que se asuma la movilidad.

Un enunciado en forma de condición necesaria afirma que una variable es necesaria para que se produzca otra. Por ejemplo: si los pacientes están motivados para estar bien (motivación por el bienestar), entonces se adherirán al régimen terapéutico prescrito.

Esto significa que la adherencia a una pauta de tratamiento nunca se produce a menos que exista una motivación por el bienestar. No se afirma que la adherencia de los pacientes al régimen terapéutico se deba a su motivación por el bienestar. Sin embargo, se afirma que, si no existe una motivación por la salud, los pacientes no asumirán una adherencia estricta a sus regímenes terapéuticos. La motivación por el bienestar es una condición necesaria, pero no suficiente, para la aparición de esta consecuente.

El término *si* se utiliza generalmente para introducir una condición suficiente, mientras que los términos *solo si* y *si... entonces* se utilizan para introducir condiciones necesarias (Giere, 1979). Por lo general, los enunciados condicionados no son necesarios ni suficientes. Sin embargo, es posible que un enunciado exprese ambas condiciones. En estos casos, la expresión *si y solo si* se utiliza para insinuar que las condiciones son necesarias y suficientes entre sí. En este caso: 1) el consecuente nunca ocurre en ausencia del antecedente, y

2) el consecuente siempre ocurre cuando el antecedente ocurre (Giere, 1979). Debe tenerse en cuenta que no todos los enunciados condicionados son causales. Por ejemplo, «si este mes es noviembre, entonces el siguiente mes es diciembre», no afirma que noviembre sea la causa de que ocurra diciembre; más bien, la secuencia de meses indica que diciembre sigue a noviembre (Dubin, 1978; Giere, 1979).

Un ejemplo es un estudio que se llevó a cabo sobre el efecto de una intervención psicoeducativa dirigida por enfermeras con el objetivo de mejorar el autocuidado de los supervivientes a un cáncer de próstata. La afirmación teórica era que la intervención aumentaría la identificación de los síntomas del paciente (Watson et al., 2018).

Vínculos y organización

La especificación de los vínculos es una parte vital del desarrollo de la teoría. Aunque los enunciados teóricos aseveran conexiones entre conceptos, la justificación de las conexiones establecidas debe desarrollarse y presentarse claramente. El desarrollo de los vínculos teóricos proporciona una explicación de por qué las variables están conectadas de cierta manera, esto es, la razón teórica para determinadas relaciones. Los vínculos operativos contribuyen a comprobar la teoría al especificar cómo se conectan las variables de mediciones. Las definiciones operativas describen la cuantificación de los conceptos, y los vínculos operativos proporcionan la capacidad de comprobar los fundamentos. Son los vínculos operativos los que contribuyen a dar una perspectiva para comprender la naturaleza de la relación entre los conceptos, para saber si la relación entre los conceptos es negativa o positiva, lineal o curvilínea. Una teoría puede considerarse bastante completa si identifica su marco conceptual y presenta los conceptos, definiciones, enunciados relacionados y vínculos. El desarrollo completo de una teoría, sin embargo, requiere la organización de los conceptos, las definiciones, los enunciados relacionales y los vínculos en premisas e hipótesis (Hage, 1972).

En el estudio de [Watson et al. \(2018\)](#) mencionado anteriormente, la justificación de la conexión declarada de la intervención que aumenta la notificación de síntomas se basó en investigaciones anteriores. Estudios anteriores han puesto de manifiesto las necesidades no satisfechas de cuidados de apoyo y las deficiencias de los servicios de seguimiento existentes para los pacientes con cáncer de próstata ([King et al., 2015](#)). Los vínculos operativos en el estudio fueron que las enfermeras especializadas en cáncer pueden proporcionar unos cuidados de apoyo adaptados. Evaluaron el autocuidado, la comunicación con los profesionales sanitarios, las necesidades insatisfechas y la incertidumbre.

[Reynolds \(1971\)](#) llegó a la conclusión de que el enfoque del conjunto de normas permite clasificar los fenómenos o predecir las relaciones entre determinadas variables, pero no conduce a una mayor comprensión ni hace avanzar la ciencia, porque se basa en lo que ya se conoce. Por último, [Reynolds \(1971\)](#) señala que cada enunciado o norma se considera independiente, porque los diversos enunciados no se han interrelacionado en un sistema de descripción y explicación ni han evolucionado a partir de un modelo o marco conceptual organizado. Por tanto, cada enunciado debe ser verificado –ya que los enunciados no están interrelacionados, un enunciado no apoya otro enunciado–. Este conjunto de normas puede ser útil para comenzar el desarrollo de teorías; sin embargo, los esfuerzos de investigación deben ser más extensos. En la [tabla 4.6](#) se describen los principios del desarrollo de la teoría: normas, hipótesis y teoría.

La **organización** de una teoría es un sistema lógico interrelacionado. En concreto, una teoría consta de definiciones explícitas, un conjunto de enunciados de existencia y un conjunto de enunciados de relación dispuestos en orden jerárquico ([Reynolds, 1971](#)). Los conceptos pueden incluir conceptos abstractos, intermedios y concretos. El conjunto de

enunciados de existencia describe situaciones en las que se aplica la teoría. Los enunciados que delimitan los límites describen el alcance de la teoría ([Dubin, 1978](#); [Hage, 1972](#); [Reynolds, 1971](#)). Los enunciados relacionados consisten en axiomas y proposiciones. Los enunciados teóricos abstractos o axiomas encabezan la jerarquía de los enunciados relacionados. Las demás proposiciones se desarrollan mediante deducción lógica a partir de los axiomas o de los resultados de la investigación en la literatura ([tabla 4.7](#)). Esto da lugar en un sistema explicativo muy interrelacionado.

El rasgo distintivo de la forma de **proceso causal** del desarrollo de teorías son los enunciados teóricos que especifican los mecanismos causales entre las variables independientes y dependientes. Por tanto, los enunciados son, en cierto modo, intentos de predicción. Esta forma de organización de la teoría consiste en un conjunto de conceptos, un conjunto de definiciones, un conjunto de enunciados de existencia y un conjunto de enunciados teóricos que especifican un proceso causal ([Reynolds, 1971](#)). Los enunciados causales describen los efectos hipotéticos de una variable sobre una o más variables para probarlas. En los procesos causales complejos, se plantean hipótesis de los bucles de retroalimentación y las vías de influencia a través de varias variables en un conjunto de afirmaciones causales interrelacionadas ([Mullins, 1971](#)). [Reynolds \(1971\)](#) concluye que la forma del proceso causal de la teoría permite comprobar una explicación del proceso de cómo suceden los acontecimientos. Esta es una forma muy avanzada del desarrollo de teorías, que se construye de forma sucesiva con los resultados de investigaciones previas en el área de investigación de los investigadores, y da lugar a una mayor evolución de la teoría y su evaluación a lo largo del tiempo. Un ejemplo es una teoría de nivel medio desarrollada por [Lynch](#) utilizando teorías sociológicas, filosóficas y de enfermería. El trabajo de [Lynch](#) se basa en dos premisas: las enfermeras forenses prestan cuidados especializados y forman parte de un equipo interdisciplinario. El trabajo incluye tres proposiciones, siete definiciones conceptuales y tres resultados para su comprobación en el futuro. En la [tabla 4.8](#) se resume una teoría de nivel medio sobre la enfermería forense.

La teoría del nivel medio fue descrita en una de las primeras publicaciones de enfermería por un sociólogo ([Merton, 1967](#)). Propuso que se centraba en fenómenos específicos (en lugar de intentar abordar un rango más amplio de fenómenos), e incluyó hipótesis con dos o más conceptos que estaban unidos entre sí en un sistema conceptual. Hoy en día, en la bibliografía sobre enfermería, muchas teorías de nivel medio se desarrollan cualitativamente a partir de observaciones prácticas y entrevistas, y cuantitativamente de modelos o teorías conceptuales de enfermería. La teoría de nivel medio es pragmática en el nivel de la práctica y contiene aspectos específicos sobre la situación práctica como sigue:

- La situación o la enfermedad en cuestión.
- Población destinataria o grupo de edad.
- Ubicación o área de la práctica (como una comunidad).
- Actuación de la enfermera o la intervención.

TABLA 4.6 Principios del desarrollo de teorías		
Principio	Definición	Prueba
Leyes científicas	Un enunciado de hecho significa describir una acción o un conjunto de acciones simples, verdaderas, universales y absolutas	Simple, verdadera, universal y absoluta
Hipótesis	Una conjetura formal basada en la observación	No ha sido probada
Teoría	Una o más hipótesis que explican un conjunto de observaciones o acontecimientos relacionados y han sido verificadas varias veces	Aceptadas como verdaderas y comprobadas

TABLA 4.7 Desarrollo de teorías en el método científico	
Pasos	Ejemplo
Observación: empiece con una observación que evoque una pregunta	La transición de las enfermeras tituladas recién licenciadas a la práctica parece aumentar la rotación de personal en la organización
Hipótesis lógica: usando la lógica abductiva, inductiva o deductiva, establezca una posible respuesta (hipótesis)	Las enfermeras tituladas recién licenciadas que cursan un programa de transición a la práctica aumentarán la retención, la satisfacción laboral y la confianza
Prueba: realice un experimento o prueba	Mida la tasa de retención, la satisfacción en el trabajo y el nivel de confianza entre las que cursaron y no cursaron el programa de transición a la práctica
Difusión: publique sus hallazgos para la disciplina	Anderson G., Hair C., & Todero C. (2012). Nurse residency programs: An evidence-based review of theory, process, and outcomes. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 28(4), 2003–2012
Replicación: otros científicos leerán su trabajo publicado e intentarán repetirlo (verificación)	Smith, J. B., Robinson, D., Echtenkamp, D., Brostoff, M., McCarthy, A. M. (2016). Exploring the structure and content of hospital-based pediatric nurse residency programs. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 31(2), 187–195
Teoría: si los experimentos de otros investigadores respaldan su hipótesis, se convertirá en una teoría	Los programas de transición a la práctica disminuyen la tasa de rotación, los costes de incorporación y el tiempo de práctica independiente

TABLA 4.8 Teoría de nivel medio de la enfermería forense	
Propuestas	1. Los cuidados de enfermería forense fundamentan, mejoran y repercuten en los resultados de salud biopsicosocial de los pacientes: individuos, grupos, familias, comunidades y poblaciones 2. Los cuidados de enfermería forense fundamentan, mejoran y repercuten en los resultados de las pruebas forenses a través de la valoración, evaluación y documentación exhaustiva de las lesiones, la recogida y documentación de las pruebas de manera competente y la custodia adecuada de las pruebas 3. Los cuidados de enfermería forense fundamentan, mejoran y repercuten en los resultados del sistema de justicia penal en las poblaciones locales, regionales, estatales, nacionales y/o mundiales
Definición conceptual	1. Las enfermeras forenses tienen una formación especializada en los cuidados y principios de la enfermería forense 2. Los cuidados de enfermería forense se basan en teorías y modelos centrados en el cuidado equitativo de la salud física, mental y emocional de los pacientes afectados por la violencia 3. Los pacientes son los individuos, las familias, los grupos y las poblaciones afectadas por la violencia y los acontecimientos traumáticos 4. La salud es un estado de bienestar, tal como lo definen los pacientes, en una perspectiva biopsicosocial 5. Pruebas forenses: las pruebas forenses se recogen en las escenas del crimen, en los laboratorios forenses y pueden presentarse en los tribunales 6. La ciencia forense se refiere a múltiples ramas de la ciencia que buscan aplicar el método científico al sistema de justicia penal 7. El sistema de justicia penal incluye a las fuerzas del orden, los abogados, los jueces, los jurados, los funcionarios de prisiones y los centros penitenciarios
Hipótesis	1. Los cuidados de enfermería forense fundamentan, mejoran y repercuten en la salud, las pruebas forenses y los resultados del sistema de justicia penal

Modificado de Valentine, J. L., Sekula, K., & Lynch, V. (May 5, 2020). Evolution of forensic nursing theory—introduction of the constructed theory of forensic nursing care: A middle range theory. *Journal of Forensic Nursing*, 16(4), 188–198.

Son estos detalles los que hacen que la teoría de nivel medio sea tan aplicable a la práctica enfermera (Alligood, 2014). Por tanto, el desarrollo de la teoría de nivel medio facilita la concepción de las relaciones entre la teoría, la práctica de la enfermería y los resultados de los pacientes en áreas concretas.

En 1996, Lenz (en Liehr y Smith, 1999) identificó los siguientes seis enfoques para elaborar teorías de nivel medio:

1. Enfoque inductivo a través de la investigación.
2. Enfoque deductivo a partir de las grandes teorías de enfermería.
3. Integración de las teorías de enfermería y ajenas a la enfermería.
4. Enfoque derivativo (retroductivo) de las teorías ajenas a la enfermería.
5. Teorías elaboradas a partir de directrices para la práctica clínica.
6. Enfoque de síntesis a partir de los resultados de la investigación.

En la literatura en enfermería abundan distintos enfoques para la elaboración y el desarrollo de teorías de nivel medio. La literatura enfermera reciente destaca la importancia de relacionar las teorías de nivel medio con las teorías enfermeras más amplias y los modelos conceptuales de los que se derivan y de seguir buscando la comprobación empírica y la replicación de los estudios para avanzar en el conocimiento y la práctica enfermera (Im, 2018). Pickler (2018) no solo subraya la importancia de utilizar la teoría, sino que también hace hincapié en ser explícito sobre la teoría que uno utiliza para avanzar en la ciencia enfermera.

CUESTIONES ACTUALES EN EL DESARROLLO DE TEORÍAS EN ENFERMERÍA

Límites y niveles teóricos para avanzar en la ciencia de la enfermería

Desde la propuesta original de Fawcett (1984) de los cuatro conceptos del metaparadigma (persona, entorno, salud y enfermería) ha surgido un acuerdo general entre los estudiosos de la enfermería, de manera que el marco propuesto se utiliza ahora sin referencia al autor para el desarrollo de la ciencia enfermera. En general, un metaparadigma debería especificar los límites generales del fenómeno de preocupación en una disciplina, por ejemplo, para diferenciar la enfermería de otras disciplinas, como la medicina, la fisioterapia o la sociología. Fawcett (2005) planteó que un metaparadigma define la totalidad de los fenómenos inherentes a la disciplina de una forma parsimoniosa, además de ser neutral en cuanto a la perspectiva y de alcance internacional. Su definición de *perspectiva neutral* es que los conceptos del metaparadigma reflejan la enfermería, pero no un modelo conceptual o paradigma de enfermería concreto. Este criterio se demuestra claramente en la forma en que los modelos y paradigmas de

enfermería comprenden conceptos metaparadigmáticos, pero definen cada uno de manera distinta. Esto respalda su naturaleza genérica como amplios conceptos metaparadigmáticos, pero siendo específicos en cada teoría conceptual o paradigma. Es importante comprender el significado de la referencia de Fawcett. Debido a que el metaparadigma es el nivel filosófico más elevado en la estructura del conocimiento, los modelos y las teorías definen los términos específicamente dentro de cada uno de sus trabajos, y se anticipan diferencias entre ellos. En la disciplina enfermera, el enfoque previo sobre el desarrollo de teorías ha evolucionado a enfatizar el uso de la teoría, con el desarrollo y el uso de teorías de nivel medio enfocadas a la práctica.

Teoría, práctica e investigación en enfermería

La investigación sobre la evaluación de teorías puede hacer que una teoría de la enfermería se deje de lado a medida que se desarrolla una nueva teoría que explica los fenómenos de la enfermería de forma más adecuada. Por tanto, es fundamental que la investigación de la evaluación de teorías continúe avanzando en la disciplina. Los estudiosos de la enfermería han presentado unos criterios para valorar la investigación de la evaluación de teorías en enfermería (Acton et al., 1991; Silva, 1986). Estos criterios enfatizan la importancia de utilizar un marco de enfermería para diseñar el propósito y el objetivo del estudio, establecer la hipótesis y relacionar la importancia de los hallazgos con la enfermería. Además de la demanda de una investigación más rigurosa de la evaluación de teorías en enfermería, los investigadores y enfermeras en la práctica clínica exigen una mayor atención a las relaciones entre la teoría, la investigación y la práctica. Sus recomendaciones comprenden lo siguiente:

- Desarrollo continuo de las teorías de enfermería que son relevantes para la práctica especializada de la enfermería.
- Mayor colaboración entre científicos y profesionales clínicos (Lorentzon, 1998).
- Animar a los investigadores en enfermería a comunicar los resultados de la investigación a los profesionales clínicos.
- Mayores esfuerzos para relacionar las teorías de nivel medio con los paradigmas de la enfermería.
- Mayor énfasis en la investigación clínica.
- Mayor uso de las teorías de enfermería para la práctica basada en la teoría y la toma de decisiones clínicas. (V. Chinn y Kramer, 2018; Cody, 1999; Dobratz, 2016; Hoffman y Bertus, 1991; Liehr y Smith, 1999; Lutz et al., 1997; Reed, 2018.)

Dentro de la formación de enfermería, algunos programas utilizan una teoría de enfermería específica para guiar sus planes de estudios de enfermería, mientras que otros utilizan un marco de los cuatro conceptos del metaparadigma (persona, salud, enfermería y entorno). Yancey (2015) y otros han instado a que se preste más atención a la investigación basada en la teoría de la enfermería y a que se refuercen los planes de estudio basados en la teoría de la enfermería en los programas de grado, máster y doctorado.

RESUMEN

En resumen, los estudiosos contemporáneos de la enfermería hacen hincapié en los siguientes aspectos de los procesos de construcción de la teoría:

- Desarrollo continuo de la investigación teórica en enfermería.
- Investigación continua en las teorías de nivel medio y las teorías específicas de la situación, lo que debe incluir iniciativas para identificarse con las teorías y los paradigmas de la enfermería.
- Mayor atención a la síntesis de los conocimientos de enfermería.
- Desarrollo de vínculos más fuertes entre la teoría, la investigación y la práctica enfermera.

La disciplina enfermera ha evolucionado hasta comprender las relaciones entre la teoría, la práctica y la investigación, que ya no se separan en categorías distintas. Más bien, sus interrelaciones complementarias fomentan el desarrollo de un nuevo entendimiento sobre la práctica como teoría. Del mismo modo, las enfermeras científicas colaboran entre disciplinas, regiones y países para elaborar teorías vinculadas a la investigación. La naturaleza complementaria de estas relaciones está fomentando el crecimiento de la ciencia de la enfermería en esta era de utilización de la teoría. Por lo tanto, el énfasis en la teoría es importante, porque el desarrollo de la teoría en enfermería es un componente esencial en la investigación de enfermería para avanzar en el conocimiento de la disciplina (Im, 2018).

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Examine una fotografía de imágenes de enfermería de la colección Zwerdling de tarjetas postales, localizada en la National Library of Medicine estadounidense, <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/picturesofnursing/>. Mire las fotografías durante 1 min y pregúntese: «¿Qué veo?» Haga una lista. Vuelva a mirar las fotos por segunda vez y pregúntese si esta lista es precisa. Luego, pregúntese qué le viene a la mente al mirar la imagen. ¿Qué falta en la fotografía? ¿Qué falta en la situación? ¿Cómo se produjo la situación de la fotografía y por qué? Cada tipo de pregunta conduce a diferentes tipos de pensamiento.
2. Un ejercicio para trasladar el pensamiento de dualista a contextual. Use un edificio como analogía. Tome un trozo de papel y dibuje un edificio. En la base del edificio escriba *paradigma*. Etiquete los muros con *modelos conceptuales*. Los modelos conceptuales son la estructura que se apoya en el paradigma fundacional. Luego coloree las paredes interiores del edificio y etiquete esto como *teoría*. Las teorías son similares a la configuración de las paredes interiores. Algunas configuraciones tienen un propósito claro y otras no. Todos los muros interiores están unidos por muros exteriores (modelos conceptuales) y sujetos por la base (paradigma). Dibuje el interior de una habitación con toda su decoración. Los conceptos únicos de las teorías son similares a los aspectos únicos de la decoración. La decoración es observable, al igual que los conceptos de un modelo conceptual.
3. Identifique un concepto que haya leído y observado en la práctica de la enfermería. Escriba una definición teórica y una definición operativa (sugerencia: para la definición operativa necesitará encontrar una forma de medir el concepto elegido).

(Tomado de Hanna, D. R. [2011]. Teaching theoretical thinking for a sense of salience. *Journal of Nursing Education*, 50[8], 479–482.)

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Tanioka, T., Yasuhara, Y., & Dino, M. (2019). Disruptive engagements with technologies, robotics, and caring: Advancing the transactive relationship theory of nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 43, 313–321.
 - Waters, V. L. (2020). Theory, nurse decision-making, and practice: What's all the fuss? *Nursing Management*, 51, 22–28.
 - Dubin, R. (1978). *Theory building*. New York: Free Press.
 - Hage, J. (1972). *Techniques and problems of theory construction in sociology*. New York: Wiley.
 - Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science*. New York: Chandler.
 - Mullins, N. (1971). *The art of theory: Construction and use*. New York: Harper & Row.
 - Wilson, J. (1969). *Thinking with concepts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Libros clásicos de construcción de teorías utilizados en enfermería:**

BIBLIOGRAFÍA

- Acton, G., Irvin, B., & Hopkins, B. (1991). Theory-testing research: Building the science. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 52–61.
- Alligood, M. R. (2014). Areas for further development of theory-based nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 413–424). St. Louis: Elsevier.
- Anderson, G., Hair, C., & Toderó, C. (2012). Nurse residency programs: An evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 2003–2012.
- Blakeman, J. (2019). Prodromal myocardial infarction fatigue: A concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 42, E38–E56.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Behavioral risk factor surveillance system: Overview: BRFSS 2017*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/2017/pdf/overview-2017-508.pdf.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2018). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Cody, W. (1999). Middle range theories: Do they foster the development of nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 9–14.
- de Tántillo, L., & De Santis, J. P. (2019). Nursing judgement: A concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 266–276.
- Dobratz, M. C. (2016). Building a middle-range theory of adaptive spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 146–153.
- Falck, R. S., McDonald, S. M., Beets, M. W., Brazendale, K., & Liu-Ambrose, T. (2016). Measurement of physical activity in older adult interventions: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 50(8), 464–470.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87.
- Fawcett, J. (2005). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Giere, R. N. (1979). *Understanding scientific reasoning*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Giere, R. N. (1997). *Understanding scientific reasoning* (4th ed.). Fort Worth, TX: Harcourt.
- Hanna, D. R. (2011). Referencias para ampliar conocimientos. *Journal of Nursing Education*, 50(8), 479–482.
- Hoffman, A., & Bertus, P. (1991). Theory and practice: Bridging scientists' and practitioners' roles. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 2–9.
- Im, E.-O. (2018). Theory development strategies for middle-range theories. *Advances in Nursing Science*, 41, 275–292.
- King, A. J., Evans, M., Moore, T. H., Paterson, C., Sharp, D., Persad, R., et al. (2015). Prostate cancer and supportive care: A systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European Journal of Cancer Care*, 24, 618–634.
- Lenz, E. R. (1998). Role of middle range theory for nursing research and practice. *Leadership Forum*, 3(1), 24–33.
- Liehr, P., & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 8–91.
- Lorentzon, M. (1998). The way forward: Nursing research or collaborative health care research. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 675–676.
- Lutz, K., Jones, K., & Kendall, J. (1997). Expanding the praxis debate: Contributions to clinical inquiry. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 13–22.
- Merton, R. K. (1967). *On theoretical sociology*. New York: Free Press.
- Milton, C. (2016). Ancient ethical practices of dualism and ethical implications for future paradigms in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 29(3), 197–198.
- Mollohan, E. (2018). Dietary culture: a concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 41, E1–E12.
- Nolte, A., & Downing, C. (2019). Ubuntu—the essence of caring and being: A concept analysis. *Holistic Nursing Practice*, 33, 9–16.
- Pedrero, V., Bernales, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M., & Fernández, P. (2020). Development of an instrument to measure the cultural competence of health care workers. *Revista de Saude Publica*, 54, 29.
- Pickler, R. H. (2018). Theory use and usefulness in scientific advancement. *Nursing Research*, 67(2), 61–62.
- Reed, P. G. (2018). Philosophical issues and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 31–35.
- Reynolds, P. (1971). *A primer in theory construction*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Silva, M. (1986). Research testing nursing theory: State of the art. *Advances in Nursing Science*, 9(10), 1–11.
- Smith, J. B., Rubinson, D., Echtenkamp, D., Brostoff, M., & McCarthy, A. M. (2016). Exploring the structure and content of hospital-based pediatric nurse residency programs. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), 187–195.
- Staver, M., Moore, T., & Hanna, K. (2019). Maternal distress in the neonatal intensive care unit: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, 19, 394–401.
- Torres-Harding, S. R., Siers, B., & Olson, B. D. (2012). Development and psychometric evaluation of the Social Justice Scale (SJS). *American Journal of Community Psychology*, 50, 77–88.
- Valentine, J. L., Sekula, K., & Lynch, V. (2020). Evolution of forensic nursing theory—introduction of the constructed theory of forensic nursing care: A middle-range theory. *Journal of Forensic Nursing*, 16(4), 188–198.

- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: PearsonPrentice Hall.
- Watson, E. K., Shinkins, B., Matheson, L., Burns, R. M., Frith, E., & Rose, P. W. (2018). Supporting prostate cancer survivors in primary care: Findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, 32, 73–81.
- Yancey, N. R. (2015). Why teach nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), 274–278.

Estructura y análisis del conocimiento especializado en enfermería

Martha Raile Alligood

«... Los estudiosos de la enfermería vieron en el desarrollo de la teoría un mecanismo para demarcar los límites de la ciencia de la enfermería y establecer un conjunto de conocimientos exclusivo de la enfermería.»

(Tobbell, 2018, p. 67)

Como se presentó en el capítulo 1, el desarrollo de un conjunto de conocimientos especializados de enfermería fue una fuerza impulsora del reconocimiento de la enfermería como profesión en el siglo XX. El reconocimiento de la naturaleza esencial de las enfermeras para la salud de la nación llevó al congreso de EE. UU. a legislar estudios sociológicos que recomendaban desarrollar la enfermería como profesión (Tobbell, 2018). Los criterios de una profesión guiaron este proceso de desarrollo (Bixler y Bixler, 1959; Kalisch y Kalisch, 2003). El criterio que exigía un conocimiento especializado en enfermería y una estructura del conocimiento fue una fuerza motriz particularmente importante en el reconocimiento de la enfermería como profesión (Bixler y Bixler, 1959) y pertinente para los propósitos de este texto. El criterio afirma: «Utiliza en su práctica un corpus bien definido y organizado de conocimientos especializados [que] se encuentra al nivel intelectual de la educación superior» (p. 1143).

Este capítulo orienta al lector sobre la estructura y el análisis de los conocimientos especializados en enfermería utilizados en este texto. En concreto, establece los niveles de la estructura del conocimiento para las unidades del texto, los criterios de análisis aplicados para la revisión crítica de los trabajos teóricos y los epígrafes de contenido utilizados en los capítulos 6 a 36.

UNA ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Los trabajos teóricos presentados en los capítulos 6 a 36 se han organizado en niveles de conocimiento. En el cuadro 5.1 se enumeran ejemplos de obras que ilustran la naturaleza de cada nivel. La identificación de los trabajos seleccionados para cada nivel es arbitraria en el mejor de los casos. Al establecer

los niveles, se ha hecho un esfuerzo por reflejar el nivel de abstracción o preferencia del teórico. A continuación se describen brevemente los niveles de conocimiento y los ejemplos dentro de la estructura que figura en la tabla 5.1.

El **metaparadigma** es el nivel de conocimiento más abstracto; es amplio, global y establece un límite conceptual distintivo del conocimiento enfermero. Este texto utiliza los conceptos comúnmente aceptados de ser humano, salud, enfermería y medio ambiente (Butts y Rich, 2017; Fawcett, 1984, 2000, 2016; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013).

La **filosofía de la enfermería** expone el significado de los fenómenos de la enfermería mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica. Los primeros trabajos anteriores a la época de la teoría enfermera, como el de Nightingale (1969/1859), contribuyeron al desarrollo de conocimientos que proporcionaron una dirección o una base para los desarrollos posteriores (Chinn y Kramer, 2018; Meleis, 2018). Las filosofías de enfermería seleccionadas se presentan en la unidad II, en los capítulos 6 a 11.

Los **modelos conceptuales de enfermería** son conjuntos de conceptos que abordan los fenómenos centrales de la enfermería en proposiciones que explican las relaciones entre ellos (Fawcett, 2016; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Los modelos de enfermería son exhaustivos y abordan cada uno de los conceptos metaparadigmáticos de los seres humanos, el entorno, la salud y la enfermería (Fawcett, 1984, 2000, 2016; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Los modelos conceptuales de enfermería están constituidos por teorías explícitas derivadas de ellos por parte de los teóricos u otros estudiosos de la enfermería y teorías implícitas aún por desarrollar (Alligood, 2014a; Wood, 2014). Los teóricos de la enfermería a este nivel han sido denominados pioneros de la enfermería (Chinn y Kramer, 2018; Meleis, 2018). Algunos modelos de enfermería

CUADRO 5.1 Trabajos teóricos de enfermería dentro de cada nivel

Filosofías en enfermería	Meleis
Nightingale	Pender
Watson	Leininger
Ray	Newman
Benner	Parse
Martinsen	Erickson, Tomlin y Swain
Eriksson	Husted y Husted
Modelos conceptuales en enfermería	Teorías de nivel medio en enfermería
Levine	Mercer
Rogers	Mishel
Orem	Reed
King	Wiener y Dodd
Neuman	Eakes, Burke y Hainsworth
Roy	Barker
Johnson	Kolcaba
	Beck
Teorías y grandes teorías en enfermería	Swanson
Boykin y Schoenhofer	Ruland y Moore

TABLA 5.1 Niveles de la estructura del conocimiento y ejemplos seleccionados

Nivel de estructura	Ejemplo para cada nivel
Metaparadigma	Seres humanos, entorno, salud y enfermería
Filosofía	Filosofía de Nightingale
Modelos conceptuales	Modelo de sistemas de Neuman
Gran teoría	Estabilidad óptima del cliente de Neuman
Teoría	Línea flexible de moderada defensa de la estabilidad óptima del cliente
Teoría de nivel medio	Mantener la estabilidad óptima del cliente con una actividad estructurada (recuperación corporal) en un entorno comunitario para un envejecimiento saludable

Modificado de Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed.). St. Louis: Mosby; Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

seleccionados se analizan en la unidad III, en los capítulos 12 a 18.

Nivel de la gran teoría: los teóricos que desarrollaron los modelos conceptuales de enfermería a menudo también

propusieron una gran teoría de su modelo. El nivel de la gran teoría deriva del modelo conceptual y propone una teoría abstracta comprobable. Estas teorías tienen la capacidad de amenazar la solvencia del modelo conceptual del que se derivan, porque ponen a prueba la premisa principal del modelo conceptual. Algunos ejemplos de este nivel de la gran teoría son la teoría de King sobre la consecución de objetivos (v. cap. 15), la teoría de Neuman sobre la estabilidad óptima del cliente (v. cap. 16) y la teoría de Roy (v. cap. 17) sobre la persona como sistema adaptativo derivado de su modelo de adaptación.

Las **teorías en enfermería** pueden derivar de filosofías de enfermería, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías abstractas de enfermería o trabajos en otras disciplinas (Alligood, 2014b; Wood, 2014). Un trabajo tipificado como una teoría de la enfermería se desarrolla a partir de un marco conceptual o una gran teoría y no es tan específico como una teoría de nivel medio. Las teorías pueden ser específicas para un aspecto o entorno concreto de la práctica enfermera y proponer una acción comprobable (Alligood 2014a, 2014b; Wood, 2014). Un ejemplo es la teoría de la transición de Meleis (v. cap. 20), que es específica de los cambios en el proceso vital de una persona en la salud y la enfermedad. Algunas teorías de enfermería seleccionadas se presentan en la unidad IV, en los capítulos 19 a 26.

La **teoría de nivel medio** tiene el enfoque más específico y un nivel de abstracción concreto (Alligood 2014a, 2014b; Chinn y Kramer, 2018; Fawcett, 2016; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Las teorías de nivel medio proponen preguntas precisas de la práctica de enfermería evaluables. Abordan situaciones específicas de la enfermería dentro de la perspectiva del modelo, la gran teoría o la teoría de la que proceden (Alligood, 2014a, 2014b; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013; Wood, 2014). Los detalles en las teorías de nivel medio incorporan aspectos como el grupo de edad del paciente, la situación familiar, el estado de salud del paciente, la ubicación del paciente y, lo más importante, la acción de la enfermera (Alligood, 2014b; Wood, 2014). Hay muchos ejemplos de teorías de nivel medio en la bibliografía de enfermería que han sido desarrolladas de forma inductiva y deductiva. Las teorías de nivel medio seleccionadas se presentan en la unidad V, de los capítulos 27 a 36.

ANÁLISIS Y REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA TEORÍA

El análisis y la reflexión crítica de la teoría contribuyen a la comprensión de los trabajos teóricos y al desarrollo de conocimientos. Los criterios utilizados en los capítulos 6 a 36 (unidades II–V) se presentan y comentan en esta sección. Estos criterios se utilizan para la reflexión crítica sistemática y la revisión de cada trabajo teórico (Chinn y Kramer, 2018). El análisis de la teoría se lleva a cabo para determinar la adecuación teórica. La comprensión de un trabajo teórico es vital

CUADRO 5.2 Preguntas para el análisis y la reflexión crítica de los trabajos teóricos

- Claridad: ¿cómo de clara es esta teoría?
- Sencillez: ¿cómo de sencilla es esta teoría?
- Generalidad: ¿cómo de general es esta teoría?
- Accesibilidad: ¿cómo de accesible es esta teoría?
- Importancia: ¿cómo de importante es esta teoría?

Tomado de Chinn, P. L. y Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (10th Ed., p. 203). St. Louis: Elsevier-Mosby.

para su aplicación en la práctica. Los criterios seleccionados para el análisis de las obras de los teóricos siguen con una breve explicación de cómo cada criterio contribuye a una

comprensión más profunda de la obra (Chinn y Kramer, 2018). Los criterios de análisis y reflexión crítica utilizados en este texto, junto con las preguntas que guían el proceso, se presentan en el [cuadro 5.2](#).

Claridad

La claridad se revisa en términos de claridad y coherencia semántica y estructural. ¿Está claro el significado de los conceptos y se utilizan de forma coherente en la estructura de la teoría? Conviene recordar que las palabras tienen múltiples significados dentro y entre las disciplinas, pero deben definirse específicamente en el trabajo en el que se revisa (filosofía, modelo conceptual, teoría o teoría de nivel medio). El análisis comienza cuando se identifican los principales conceptos y subconceptos y sus definiciones. El desarrollo lógico

CUADRO 5.3 Contenido descriptivo de las páginas divisorias de las unidades II-V de un vistazo

Unidad II: Filosofías enfermeras

- La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.
- Las filosofías contribuyen al conocimiento de la enfermería al dirigir la disciplina, formando una base para la investigación profesional que conduce a nuevas comprensiones teóricas.
- Las filosofías enfermeras representan los primeros trabajos, anteriores a la época teórica, y las obras contemporáneas de carácter filosófico.
- Las filosofías son trabajos que aportan conocimientos extensos que hacen avanzar la disciplina de la enfermería y sus aplicaciones profesionales.

Unidad IV: Teorías y grandes teorías

- Las teorías en enfermería describen, explican o predicen resultados basándose en las relaciones entre los conceptos de los fenómenos de enfermería.
- Las teorías proponen relaciones enmarcando un problema de enfermería y definiendo los términos pertinentes.
- Las teorías en enfermería pueden desarrollarse en varios niveles de abstracción.
- Las grandes teorías en enfermería se consideran teorías porque, aunque son casi tan abstractas como un modelo conceptual, proponen un resultado comprobable que pone a prueba la premisa principal de la gran teoría.
- Algunos ejemplos de grandes teorías de los modelos de enfermería son la teoría de Roy sobre la persona como sistema adaptativo, la teoría de Neuman sobre la estabilidad óptima del cliente y la teoría de King sobre la consecución de objetivos. Otros ejemplos de grandes teorías podrían ser el modelado y el modelado de roles de Erickson, o la teoría de las transiciones de Meleis.

Unidad III: Modelos conceptuales en enfermería

- Los modelos conceptuales en enfermería son conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva y generan evidencias entre los fenómenos específicos de la disciplina.
- Los modelos conceptuales abordan conceptos paradigmáticos amplios (seres humanos, salud, enfermería y medio ambiente) que son fundamentales para su significado en el contexto de un marco particular y la disciplina enfermera.
- Los modelos conceptuales en enfermería proporcionan perspectivas con diferentes enfoques para el pensamiento crítico sobre las personas, las familias y las comunidades y para tomar decisiones de enfermería con conocimiento de causa.
- Los modelos conceptuales en enfermería proporcionan una perspectiva a la enfermería para el desarrollo de la teoría en varios niveles de abstracción.

Unidad V: Teorías de nivel medio

- Las teorías de nivel medio son el nivel de teoría menos abstracto para aplicaciones prácticas concretas.
- Las teorías de nivel medio comprenden las características de la práctica o las situaciones de la enfermería.
- Las teorías de nivel medio son la evidencia teórica de la aplicabilidad y el resultado.
- Las teorías de nivel medio desarrollan evidencias para los resultados de la práctica enfermera.
- Las teorías de nivel medio se reconocen como tales porque contienen características de la práctica enfermera.
- Las características de las teorías de nivel medio comprenden:
 - La situación o el estado de salud del cliente/paciente.
 - Población o grupo de edad de los pacientes/clientes.
 - Ubicación o área de la práctica (p. ej., una comunidad).
 - Acción de la enfermera o intervención.
 - El resultado previsto del cliente/paciente.

y el tipo de estructura utilizados deben ser claros, y los supuestos deben exponerse con claridad y ser coherentes con el objetivo de la teoría (Chinn y Kramer, 2018).

Sencillez

La sencillez se valora en el desarrollo de la teoría de enfermería. Chinn y Kramer (2018) sugieren que la sencillez puede variar en términos de nivel de desarrollo, de manera que la teoría de la práctica compleja utiliza más conceptos para explicar las relaciones de manera exhaustiva. Sin embargo, el objetivo es tener el menor número posible de conceptos con relaciones lo más sencillas posibles para facilitar la claridad y la comprensión.

Generalidad

La generalidad de una teoría habla del alcance de la aplicación y del propósito dentro de la teoría (Chinn y Kramer, 2018). La generalidad de un trabajo teórico varía según lo abstracto o concreto que sea (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). La comprensión de los niveles teóricos de abstracción ha facilitado el desarrollo de teorías de nivel medio. A medida que aumenta el nivel de abstracción, aumenta la generalidad. La teoría del cambio de aceleración de Rogers (1986, 1990) es un ejemplo de teoría abstracta a partir de la cual se han generado numerosas teorías y teorías de nivel medio.

Accesibilidad

«La accesibilidad aborda la medida en que se pueden identificar indicadores empíricos para los conceptos y hasta qué punto se pueden alcanzar los propósitos de la teoría» (Chinn y Kramer, 2018, p. 209).

La accesibilidad contribuye al desarrollo de la investigación enfermera de comprobación de teorías, ya que los conceptos de la teoría están vinculados a indicadores empíricos para poner a prueba la teoría en la práctica (Chinn y Kramer, 2018).

Importancia

Se puede establecer un paralelismo entre el resultado y la importancia. Chinn y Kramer (2018) dicen que la pregunta central es: «¿esta teoría proporciona una comprensión importante para la enfermería?» (p. 210). Debido a que la investigación, la teoría y la práctica están estrechamente relacionadas, la teoría de la enfermería se presta a ser evaluada, y esta evaluación se traslada al conocimiento para la práctica. La teoría de la enfermería guía la investigación y la práctica, genera nuevas ideas y diferencia el enfoque de la enfermería del de otras profesiones de servicios (Chinn y Kramer, 2018).

Estos cinco criterios para el análisis de la teoría (claridad, sencillez, generalidad, accesibilidad e importancia) guían la reflexión crítica de cada obra teórica analizada en los capítulos 6 a 36. Estos amplios criterios facilitan el análisis de los trabajos teóricos, ya sean aplicados a los trabajos filosóficos, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías o teorías de nivel medio.

CUADRO 5.4 Principales epígrafes del contenido de los capítulos 6 a 36

- Acreditaciones y antecedentes.
- Fuentes teóricas para el desarrollo de teorías.
- Uso de datos empíricos.
- Principales conceptos y definiciones.
- Principales premisas.
- Fundamentos teóricos.
- Planteamiento lógico.
- Aceptación por la comunidad de enfermería.
- Evolución.
- Crítica de la obra.
- Resumen.
- Caso clínico basado en el trabajo.
- Actividades de pensamiento crítico.
- Referencias para ampliar conocimientos.
- Referencias y bibliografía.

En el [cuadro 5.3](#) se presenta un resumen de la división del contenido entre las unidades II a V. Por último, los principales epígrafes de contenido utilizados en los [capítulos 6 a 36](#) son los mismos para facilitar la uniformidad en la revisión y la comparación de los teóricos y sus obras. La lista de los principales epígrafes de contenido se presenta en el [cuadro 5.4](#).

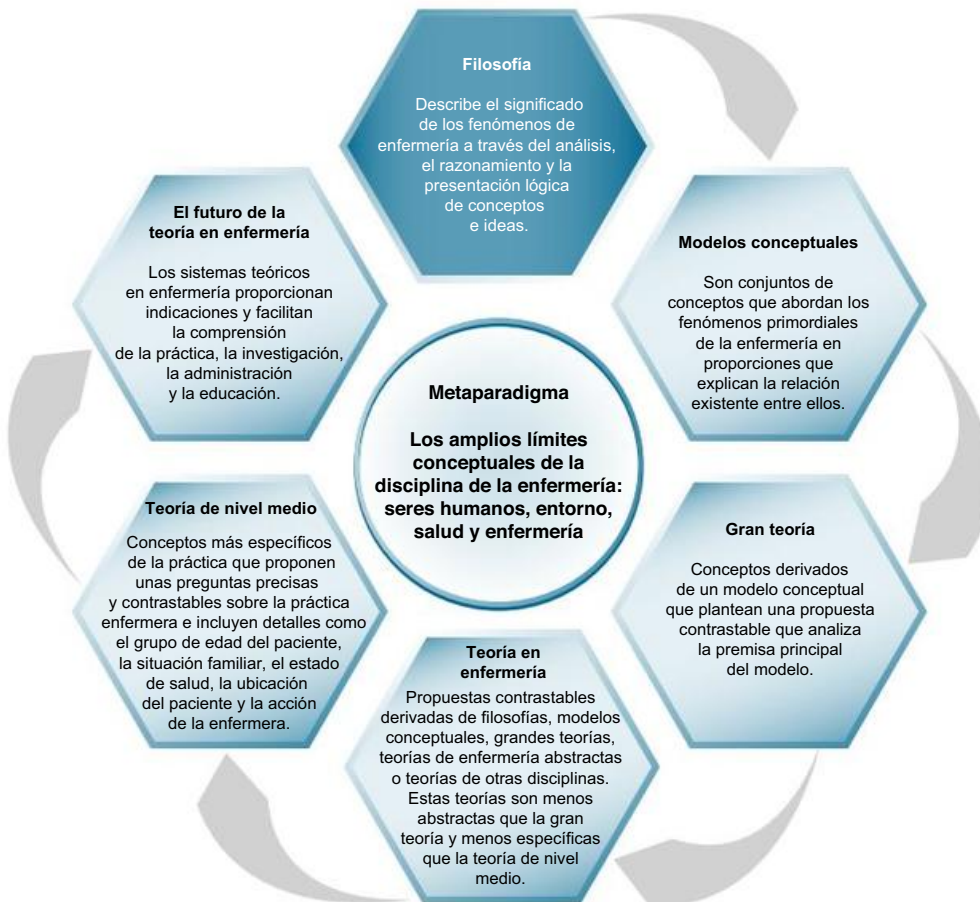
BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (2014a). Areas for further development of theory-based nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 414–424). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Alligood, M. R. (2014b). Models and theories: Critical thinking structures. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 40–62). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Bixler, G. K., & Bixler, R. W. (1959). The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*, 59(8), 1142–1146.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2017). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Integrated knowledge development in nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier-Mosby.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84–87.
- Fawcett, J. (2000). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2016). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research, and practice*. New York: Springer.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (2003). *American nursing: A history* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover (Originally published in 1859).
- Rogers, M. E. (1986). Science of unitary human beings. In V. Malinski (Ed.), *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings* (pp. 3–14). Norwalk, CT: Appleton, Century, Crofts.
- Tobbell, D. A. (2018). Nursing's boundary work: Theory development and the making of nursing science ca. 1950–1980. *Nursing Research*, 67(2), 63–73.
- Update 1990 , M. E. Rogers (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible human beings. In E. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science based nursing* (pp. 5–11). New York: National League for Nursing.
- Wood, A. F. (2014). Nursing models: Normal science for nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 13–39). St. Louis: Mosby-Elsevier.

Filosofías enfermeras

- La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.
- Las filosofías contribuyen al conocimiento de la enfermería al dirigir la disciplina, formando una base para la investigación profesional que conduce a nuevas comprensiones teóricas.
- Las filosofías enfermeras representan los primeros trabajos, anteriores a la época teórica, y las obras contemporáneas de carácter filosófico.
- Las filosofías son trabajos que aportan conocimientos extensos que hacen avanzar la disciplina de la enfermería y sus aplicaciones profesionales.



Florence Nightingale: la enfermería moderna

Susan A. Pfettscher*



Florence Nightingale
1820-1910

«El reconocimiento de la enfermería como una labor profesional distinta de la medicina comenzó con Nightingale.»

(Chinn y Kramer, 2018, p. 28)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería moderna, nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia (Italia) mientras sus padres realizaban un largo viaje por Europa; recibió el nombre de la ciudad donde nació. Los Nightingale eran una familia victoriana, bien educada y acaudalada, con fincas en Derbyshire (Lea Hurst fue su principal domicilio en el campo cerca del negocio de curtido de la familia) y en Hampshire (Embley Park). Precisamente, esta última finca se encontraba cerca de Londres, lo que permitía a la familia participar en los actos sociales de la ciudad. Aunque la familia Nightingale era muy numerosa, la familia más cercana solo estaba formada por Florence y a su hermana mayor, Parthenope. Durante su infancia, el padre de Nightingale le proporcionó una educación mucho más abierta que la habitual en las niñas de la época. Recibió clases de matemáticas, idiomas, religión y filosofía (materias que influyeron en su trabajo posterior) de su padre y otros. Aunque participó en las actividades sociales habituales de la época victoriana adecuadas a su nivel social durante la adolescencia, Nightingale quería dar a su vida un sentido más útil. En 1837 (a los 17 años), Nightingale escribió sobre su «vocación» en su diario: «Dios me habló y me pidió que le sirviera» (Holliday y Parker, 1997, pp. 483–488). Aunque recibió dos propuestas de matrimonio, las rechazó porque sentía que debía hacer algo más en la vida. La naturaleza de su vocación no estuvo clara para ella durante algún tiempo hasta que se dio cuenta de que estaba llamada a ser enfermera. Su familia intentó sin éxito disuadirla de este plan. Finalmente pudo completar su formación en 1851 (a los 31 años) en

Kaiserwerth (Alemania), una comunidad religiosa protestante que disponía de un hospital. Permaneció en esta comunidad durante 3 meses aproximadamente; al final de ese tiempo sus profesores decidieron que su formación como enfermera había concluido.

Tras su regreso a Inglaterra, Nightingale fue contratada para examinar hospitales, reformatorios y las instituciones caritativas. En 1853, tan solo 2 años después de finalizar su formación, se convirtió en superintendente del Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres.

Durante la Guerra de Crimea, Sidney Herbert (amigo de la familia y secretario de guerra) le pidió que viajara a Scutari, Turquía, con un grupo de 34 mujeres para atender a los soldados británicos heridos. En aquella época, la tasa de mortalidad de los soldados heridos era increíblemente elevada. Llegó allí en noviembre de 1854 (con 34 años), acompañada de 34 mujeres recién reclutadas que cumplían su criterio para la enfermería profesional: eran mujeres jóvenes de clase media con una educación general básica (lo que era distinto de lo que se conocía como «enfermeras» en aquella época). Para llevar a cabo su misión de proporcionar atención enfermera, tuvo que resolver los problemas del entorno, como la falta de higiene y la suciedad (un número reducido de orinales, agua no potable, ropa de cama contaminada y pozos negros desbordados). Además, los soldados debían enfrentarse a problemas de hipotermia, infecciones parasitarias, infecciones de heridas y otras enfermedades oportunistas mientras se recuperaban de las heridas de la batalla.

El trabajo de Nightingale para mejorar estas deplorables condiciones ambientales la convirtió en una persona popular y querida entre los soldados, pero los médicos y los oficiales militares no manifestaron un apoyo tan entusiasta. La llamaban «la dama de la lámpara», tal y como se inmortalizó en el

*Autoras anteriores: Karen R. de Graff, Ann Marriner Tomey, Cynthia L. Mossman y Maribeth Slebodnik.

poema «Santa Filomena» (Longfellow, 1857), por las visitas nocturnas que hacía por las plantas para proporcionar consuelo emocional y cuidados a los soldados. En Scutari, Nightingale contrajo la fiebre hemorrágica de Crimea (tal vez tifus o brucelosis) y enfermó gravemente, lo que pudo afectar a su estado físico el resto de su vida.

Tras la guerra, Nightingale regresó a Inglaterra, donde fue recibida con elogios, en particular por parte de la familia real (la reina Victoria), de los soldados que habían sobrevivido a la guerra de Crimea, de sus familias y de las familias de los que murieron en Scutari. Rechazó gran parte de la atención y llegó al hogar familiar de Lea Hurst sin anuncios ni algarabías. En reconocimiento a su trabajo, se le concedieron fondos para fundar escuelas de enfermería en el St. Thomas' Hospital y en el King's College Hospital de Londres. Al cabo de pocos años, la Nightingale School empezó a recibir peticiones para abrir más escuelas en hospitales de todo el mundo. Desde entonces se reconoce a Florence Nightingale como la fundadora de la enfermería moderna. Nightingale dedicó sus energías no solo al desarrollo de la enfermería como vocación (profesión), sino aún más a cuestiones sociales locales, nacionales e internacionales en un intento de mejorar el entorno vital de los pobres y crear un cambio social. También se concentró en la reforma sanitaria del ejército, las funciones de los hospitales militares, las medidas higiénicas en la India y la atención sanitaria y las medidas higiénicas de los pobres de Inglaterra. Sus escritos, *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army Founded Chiefly on the Experience of the Late War* (Nightingale, 1858b), *Notes on Hospitals* (Nightingale, 1858a) y *Report on Measures Adopted for Sanitary Improvements in India, from June 1869 to June 1870* (Nightingale, 1871), reflejan su continua preocupación por estos temas.

Poco después de su regreso a Inglaterra, Nightingale se recluyó en su domicilio de Londres debido a su continua mala salud. Sin embargo, siguió siendo muy productiva a pesar de su estado de salud y aislamiento. Hasta los 80 años, escribió entre 15.000 y 20.000 cartas a sus amigos, conocidos, partidarios y críticos. Estas cartas eran convincentes y directas, y transmitían con claridad sus creencias, sus observaciones y sus planes para cambiar la atención sanitaria y la sociedad. Mediante estos escritos pudo influir sobre los aspectos del mundo que la preocupaban. Además, cuando era necesario y su salud se lo permitía, recibía distinguidos visitantes de la época para conversar, planear estrategias de apoyo a sus causas y llevar a cabo su trabajo.

A lo largo de su vida, el trabajo de Nightingale fue reconocido a través de los numerosos premios que recibió en su propio país y en muchos otros. Continuó trabajando hasta los 80 años, cuando se quedó ciega; murió mientras dormía el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años.

Los biógrafos y ensayistas modernos han intentado analizar la obra de Nightingale a través de sus relaciones familiares, especialmente con sus padres y su hermana. Las películas se suelen centrar de forma inadecuada en sus relaciones

personales con familiares y amigos. Aunque su vida personal y pública esconde numerosas incógnitas, a menudo estos análisis retrospectivos oscilan entre la negatividad y dureza y una descripción en exceso positiva de esta heroína victoriana fundadora de la enfermería moderna. Se han escrito numerosas biografías que relatan la vida y el trabajo de Nightingale. Cook (1913) escribió la primera biografía original y completa de Nightingale, que se basó en los documentos escritos por ella misma, aunque podría haber estado sesgada por la participación de su familia en el proyecto y su supervisión. Sigue siendo la biografía más positiva que se ha escrito de Nightingale. Poco después, Strachey (1918) la describió negativamente como arrogante y manipuladora en su libro *Eminent Victorians*. O'Malley (1931) escribió una biografía más positiva que se centraba en su vida desde 1820 hasta 1856; el segundo volumen, que habría descrito el resto de su vida y actividades, nunca se publicó. El libro de Woodham-Smith (1951) relata toda su vida y se basa principalmente en documentos originales facilitados por su familia; ha perdurado como la biografía definitiva de Nightingale, y aunque es más equilibrada, mantiene un tono positivo. Smith (1982) escribió *Florence Nightingale: Reputation and Power*, en la que critica el carácter de Nightingale y su obra. Small (1998, 2017) ha escrito dos biografías sobre su vida y obra. Aunque el texto es crítico con aspectos concretos de su carácter y su trabajo, es más equilibrado en su presentación. Señala que la vida de Nightingale «está mejor documentada que quizás cualquier otra vida anterior en la historia» debido a la gran cantidad de documentos familiares y personales que siguen estando disponibles en la actualidad (Small, 2000). Sus preocupaciones y desacuerdos con otros biógrafos han sido señalados en las reseñas (Small, 2008). Small sigue estudiando a Nightingale y actualiza su página web con información adicional sobre la Guerra de Crimea y la fundadora de la enfermería. La controversia y la intriga sobre el papel, el estatus y el estilo de vida recluido de Nightingale continúan en la actualidad; un periódico londinense publicó unas cartas recién encontradas relacionadas con los conflictos que Nightingale tuvo con sir John Hall, oficial médico en jefe del ejército británico en Crimea (Kennedy, 2007). Una búsqueda en Internet muestra miles de referencias que proporcionan artículos, expedientes y comentarios sobre Nightingale. Ciertamente, el mundo sigue aún fascinado por esta excepcional mujer.

La comunidad enfermera de EE. UU. también sigue fascinada por la vida y la obra de Nightingale. A lo largo de su carrera profesional, Kalisch y Kalisch (1983a, 1983b, 1987) publicaron varias críticas de las representaciones hechas por los medios de comunicación que permiten comprender mejor las numerosas historias sobre Florence Nightingale. El exhaustivo libro de Dossey (2000) *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer* ofrece otra historia e interpretación en profundidad de la vida personal y la obra de Nightingale. Mediante múltiples citas de los escritos de Nightingale (diarios y cartas) y de las personas con las que se relacionó y mantuvo correspondencia a lo largo de su vida, Dossey se

centra en la interpretación de la naturaleza espiritual de la persona y su trabajo, y ofrece una nueva perspectiva sobre Nightingale. En una introducción/prólogo a sus descripciones de la espiritualidad para la vida de las enfermeras basadas en los escritos de Nightingale, Macrae (2001) explora la espiritualidad personal de Nightingale tal como ella la interpreta tras la revisión de escritos y documentos. Lorentzon (2003) ha llevado a cabo una revisión y análisis de la correspondencia entre Nightingale y una de sus antiguas alumnas que demuestran claramente su papel como mentora.

Por último, todos los escritos conservados de Nightingale han sido recientemente publicados como *The Collected Works of Florence Nightingale* en 16 volúmenes bajo la dirección de la socióloga y estudiosa de Nightingale Lynn McDonald (2001–2016). Además, también publicó una biografía de Nightingale (McDonald, 2010a). Su vasto proyecto y otros documentos recientemente descubiertos y accesibles siguen ampliando la relación de artículos y libros que exploran, interpretan y especulan acerca de la vida y la obra de Nightingale.

FUENTES TEÓRICAS

Muchos factores influyeron en el desarrollo de la filosofía enfermera de Nightingale. Los valores individuales, sociales y profesionales eran parte integrante del desarrollo de sus creencias. Combinó sus recursos individuales con los recursos sociales y profesionales disponibles para provocar un cambio inmediato y a largo plazo en todo el mundo.

Como se ha señalado, la educación que recibió Nightingale no era la habitual en una niña de la época victoriana; la formación en matemáticas y filosofía que recibió de un padre intelectual y bien educado le proporcionó unos conocimientos y un pensamiento conceptual excepcionales para una mujer de esa época. Aunque inicialmente sus padres se opusieron a su deseo de estudiar matemáticas, cedieron y le permitieron formarse con matemáticos reputados. Es difícil determinar si Nightingale era un genio que habría sido una gran líder y pensadora en cualquier circunstancia o si su talento es consecuencia de su singular educación y estatus para la época. ¿Hubiera sido una líder si hubiera nacido en la actualidad? ¿Se hubiera convertido en una líder de este tipo de haber nacido en la época actual? Si no hubiera nacido en ese momento y ese lugar, ¿qué tipo de enfermería se ejercería en la actualidad?

El estatus social de la familia Nightingale le facilitó el acceso a personas con poder e influencia. Muchas de ellas eran amigos de la familia, como Stanley Herbert, que tuvo un papel muy importante a lo largo de toda su vida. Comprendió los procesos políticos de la Inglaterra victoriana a partir de las experiencias de su padre por su papel y participación en las actividades políticas y sociales de su comunidad. Utilizó este conocimiento y sus propias experiencias para ganar batallas políticas a favor de sus causas.

Nightingale reconoció los cambios sociales de su época y su impacto en el estado de salud de las personas. La Revolución

Industrial había empezado, lo que provocó la aparición de nuevas clases y problemas sociales, así como de nuevas enfermedades. Los tratados sociales y las novelas de Dickens incluían comentarios mordaces sobre la sanidad y la necesidad de una reforma social y sanitaria en la Inglaterra de aquella época. En su novela por entregas (1843–44) *Martin Chuzzlewit* (Dickens, 1987), su descripción de Sairey Gamp como enfermera borracha y sin formación proporcionó a la sociedad una imagen de los horrores de la práctica «enfermera» victoriana. La alianza de Nightingale con Dickens influyó, sin duda, en sus definiciones de la enfermería y la sanidad y en su filosofía enfermera; esa relación también le proporcionó un foro para expresar sus opiniones sobre cuestiones sociales y sanitarias (Dossey, 2000; Kalisch y Kalisch, 1983a; Woodham-Smith, 1951).

Las relaciones similares con líderes políticos, intelectuales y reformistas sociales de la época (John Stuart Mill, Benjamin Jowett, Edwin Chadwick y Harriet Martineau) hicieron avanzar el pensamiento filosófico y lógico de Nightingale, que se hace evidente en su filosofía de la enfermería (Dossey, 2000; Kalisch y Kalisch, 1983a; Woodham-Smith, 1951). Estas relaciones probablemente la inspiraron para luchar y cambiar todo lo que le parecía inaceptable de la sociedad de su tiempo.

Por último, la afiliación y las creencias religiosas de Nightingale fueron fuentes especialmente fuertes para su filosofía de la enfermería. Educada en la fe del unitarismo, definió su trabajo enfermero como una llamada religiosa utilizando su creencia de que trabajar para beneficiar a los demás es el mejor modo de servir a Dios. Además, la comunidad unitarista apoyaba con fuerza la educación de las personas como un medio para desarrollar su potencial divino y para alcanzar la perfección en sus vidas y en su servicio a Dios. La fe de Nightingale le proporcionó la fuerza personal a lo largo de su vida y la creencia de que la educación era un factor crítico para establecer la profesión enfermera. Además, los conflictos religiosos de la época, especialmente entre las iglesias anglicana y católica en el Imperio Británico, pueden haber influido en su firme creencia de que la enfermería podía y debía ser una profesión laica (Dossey, 2000; Helmstadter, 1997; Nelson, 1997; Woodham-Smith, 1951). A pesar de sus fuertes creencias religiosas y del reconocimiento de su llamada, nunca impuso estas ideas como requisito a sus enfermeras. De hecho, su oposición a la labor de las monjas en Crimea (denunció que hacían proselitismo) elevó el conflicto hasta el punto de motivar la intervención del Vaticano (Dossey, 2000; Woodham-Smith, 1951). La revisión de Nelson sobre los cuidados prestados por religiosos en el siglo XIX ofrece una interesante visión histórica del papel de los religiosos en la enfermería (Nelson, 1997).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Los informes de Nightingale en los que describe las condiciones sanitarias e higiénicas en Crimea e Inglaterra la identifican como una destacada científica e investigadora empírica. Su

pericia como estadística se hace patente en los informes sobre diferentes materias que realizó a lo largo de su vida, como el cuidado de la salud, la enfermería y la reforma social. La información cuidadosamente recopilada por Nightingale que ilustra la eficacia de su sistema y organización de la enfermería en los hospitales durante la Guerra de Crimea es quizá su obra más conocida. El informe de sus experiencias y los datos recogidos se presentó a la British Royal Sanitary Commission en *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army Founded Chiefly on the Experience of the Late War* (Nightingale, 1858b). Esta comisión se organizó en respuesta a las quejas de Nightingale sobre las malas condiciones sanitarias. Los datos de estos informes proporcionaron un argumento poderoso a favor de las reformas propuestas en los pabellones de los hospitales de Crimea. Según Cohen (1984), creó el diagrama del área polar para

representar la espectacular magnitud de las muertes innecesarias en los hospitales militares británicos de Crimea. En el mismo artículo, Cohen resume el trabajo de Nightingale como investigadora y estadística afirmando que «ayudó a promover la noción innovadora de que los fenómenos sociales podían medirse objetivamente y estar sujetos al análisis matemático» (1984, pp. 128–137). Palmer (1977) describió las habilidades para la investigación de Nightingale como la recogida de datos, la comunicación, el ordenamiento, la codificación, la conceptualización, la inferencia, el análisis y la síntesis. La observación de los fenómenos sociales en relación con el individuo y el entorno era especialmente importante para Nightingale y era la base para sus escritos. Nightingale puso especial énfasis en el uso conjunto de la observación y de la realización de tareas en la educación de enfermeras, y esperaba que estas utilizaran estas actividades en su trabajo.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Nightingale se centraba en el entorno; sin embargo, Nightingale utilizaba el término «alrededores» en sus escritos. Definió y describió los conceptos de ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza y ruido, componentes de esos alrededores, que suelen denominarse «entorno» en los debates sobre su obra. Al leer *Notes on Nursing* (Nightingale, 2020), se puede identificar fácilmente el énfasis en el entorno físico. En el contexto de los problemas que Nightingale identificó y luchó por mejorar (entornos devastados por la guerra y asilos), este énfasis parece ser el más apropiado (Groppe, 1990). Su preocupación por un entorno saludable incluyó ámbitos hospitalarios en Crimea e Inglaterra, pero también se extendió a los hogares y las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados y para la recuperación y el mantenimiento de la salud. Su trabajo teórico sobre los cinco componentes esenciales de la salud ambiental (aire puro, luz, limpieza, drenaje eficiente y agua pura) es tan relevante hoy como hace 160 años.

1. Aire puro. La ventilación adecuada del paciente parecía ser una de las principales preocupaciones de Nightingale, que encargaba a las enfermeras «mantener el aire que el paciente respira tan puro como el aire exterior, pero sin que tenga sensación de frío» (Nightingale, 2020, p. 4). El énfasis que Nightingale puso en una ventilación adecuada indica que reconoció el entorno como causa de enfermedad y recuperación. Además de hablar de la ventilación en la habitación o en el hogar, Nightingale describió un método para medir la temperatura corporal del paciente mediante la palpación de las extremidades para comprobar la pérdida de calor (Nightingale, 2020). Las enfermeras eran instruidas para controlar el entorno con el fin de proporcionar al paciente calor con un buen fuego, ventilación

abriendo las ventanas, y colocando al paciente en el lugar más adecuado de la habitación.

2. Luz. El concepto de iluminación también era importante en la teoría de Nightingale. En particular, descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Señaló que «la luz tiene efectos tan reales y tangibles sobre el cuerpo humano... ¿Quién no ha observado el efecto purificador de la luz, y especialmente de la luz solar directa, sobre el aire de una habitación?» (Nightingale, 2020, p. 13). Para conseguir los efectos beneficiosos de la luz solar, se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.
3. La limpieza es otro componente fundamental de la teoría del entorno de Nightingale (Nightingale, 2020). A este respecto, se refirió específicamente al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes, prendas de vestir y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía.
4. Drenaje eficiente. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno.
5. Agua pura. Por último, Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días, en un momento en que esta práctica no era habitual. Exigía que las enfermeras también se bañaran a diario, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia (Nightingale, 2020). Este concepto tenía un significado especial para el cuidado individual de los pacientes, y era de vital importancia para mejorar el estado de salud de los pobres que vivían en condiciones de hacinamiento y de

(Continúa)



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

inferioridad ambiental, con sistemas insuficientes de evacuación de aguas residuales y un acceso limitado al agua pura (Nightingale, 2020).

Nightingale incluyó en su filosofía los conceptos de tranquilidad y dieta. La enfermera debía evaluar la necesidad de tranquilidad e intervenir cuando fuera necesario para mantenerla (Nightingale, 2020). Debía evitarse el ruido creado por actividades físicas y en torno a la habitación del paciente porque podría perjudicarlo. También le preocupaba la dieta del paciente (Nightingale, 2020). Enseñó a las enfermeras a valorar no solo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición involuntariamente y que las enfermeras

debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de sus pacientes.

Otro componente de los escritos de Nightingale era una descripción de la administración de enfermería (Nightingale, 2020). Creía que la enfermera controlaba el entorno físico y administrativamente. La enfermera tenía que evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Además, Nightingale reconoció que las visitas de pequeños animales domésticos podrían beneficiar al paciente. Creía que la enfermera era responsable del entorno incluso cuando no se encontraba físicamente allí, porque debía supervisar el trabajo de las demás enfermeras durante su ausencia.

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

Nightingale creía que todas las mujeres, en algún momento de su vida, serían enfermeras en el sentido de ser responsables de la salud de otra persona. Nightingale escribió *Notes on Nursing*, publicado originalmente en 1859, para proporcionar a las mujeres directrices para el cuidado de sus seres queridos en casa y darles consejos sobre cómo «pensar como una enfermera» (Nightingale, 2020, p. 4). Sin embargo, las enfermeras formadas tenían que aprender principios científicos adicionales para aplicar en sus trabajos y tenían que ser más hábiles para observar e informar del estado de salud de sus pacientes mientras ofrecían cuidados al paciente durante su recuperación.

Persona

En la mayoría de sus escritos, Nightingale se refería a la persona como *paciente*. Las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente, y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. En general, en esta relación describía un paciente pasivo, aunque se hacen referencias específicas al autocuidado del paciente siempre que sea posible, y, en particular, su implicación en los horarios y en las decisiones sobre la comida. Se enseñaba a la enfermera a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que veía a cada paciente como un individuo. Sin embargo, destacó que la enfermera tenía el control y la responsabilidad del entorno del paciente. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social.

Salud

Nightingale definió la salud como el hecho de estar bien y utilizar al máximo todas las facultades (recursos) para vivir la vida. Definió la enfermedad como un proceso reparativo que la naturaleza iniciaba cuando una persona no atendía a sus necesidades de salud. Nightingale concebía el mantenimiento

de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Sus descripciones llevaron a la enfermería de salud pública y al más moderno concepto de promoción de la salud. Diferenció el concepto de enfermería de la salud como las acciones dirigidas a mejorar la vida hasta el momento de morir en paz, con respecto a los cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para fomentar su recuperación. En la actualidad, su concepto de enfermería de la salud existe en la función de las enfermeras comunitarias y en otros profesionales de la salud en Inglaterra, así como en otros países donde se utilizan trabajadores de salud laicos para mantener la salud y enseñar a las personas a prevenir enfermedades. Su concepto de enfermería de la salud es un modelo utilizado por numerosas agencias y departamentos de salud pública de EE. UU.

Entorno

El concepto de entorno de Nightingale hacía hincapié en que la enfermería debía ayudar a la naturaleza a curar al paciente. En su definición de entorno no se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Su consejo para las enfermeras, tanto a las que proporcionaban atención domiciliaria como a las enfermeras profesionales de los hospitales, era crear y mantener un entorno terapéutico que mejorase la comodidad y la recuperación del paciente. Su tratado sobre higiene rural incluye una descripción increíblemente específica de los problemas ambientales y sus resultados, así como soluciones prácticas a estos problemas para los hogares y las comunidades (Halsall, 1997).

Las suposiciones y la comprensión de Nightingale sobre las condiciones ambientales de la época fueron lo más relevantes para su filosofía. Creía que los enfermos pobres se beneficiarían de las mejoras del entorno tanto a nivel corporal como mental. Creía que las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas.

Muchos aristócratas de la época desconocían las condiciones de vida de los pobres. Sin embargo, la madre de Nightingale había visitado y atendido a familias pobres en las comunidades que rodeaban sus propiedades; Nightingale la acompañó en estas visitas cuando era una niña y las continuó realizando ella sola hasta que fue una anciana. De este modo, la comprensión de Nightingale de los entornos físicos y de sus efectos sobre el estado de salud los adquirió a través de la observación y de la experiencia directa, a pesar de su vida acomodada.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Nightingale creía que la enfermedad era un proceso reparador; era el esfuerzo de la naturaleza por remediar un proceso de intoxicación o deterioro, o bien una reacción contra las condiciones en las que se encontraba una persona. Aunque actualmente estos conceptos parecen absurdos, eran más científicos que algunos de los que prevalecían en aquella época (p. ej., enfermedad como castigo). En sus escritos, a menudo escribía la palabra *Naturaleza* con mayúscula inicial, sugiriendo así que era sinónimo de Dios. Este uso se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Sin embargo, cuando utilizaba la palabra *naturaleza* sin mayúscula inicial, no está claro si el significado que pretendía transmitir era tal vez sinónimo de un proceso patológico orgánico. Creía que la función de las enfermeras era evitar cualquier interrupción de este proceso reparador y proporcionar las mejores condiciones para su desarrollo, asegurando así la recuperación del paciente.

Nightingale estaba totalmente comprometida con la educación (formación) en enfermería. Escribió *Notes on Nursing* (2020) para mujeres cuidadoras, estableciendo una distinción entre el papel de los miembros del hogar y los sirvientes y el de las personas formadas específicamente como enfermeras para proporcionar cuidados a los enfermos. Ella creía que las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y del entorno; la observación era una actividad permanente para las enfermeras con una formación adecuada. Además, creía que las enfermeras debían hacer uso del sentido común en la práctica, unido a la observación, la perseverancia y el ingenio. Finalmente, Nightingale consideraba que las personas, como querían gozar de buena salud, cooperarían con la enfermera y con la naturaleza, para facilitar que tuviera lugar el proceso reparador, y que modificarían su entorno para prevenir la enfermedad.

Aunque se ha ridiculizado a Nightingale por decir que no aceptaba la teoría de los gérmenes, entendía muy claramente el concepto de contagio y contaminación a través de los materiales orgánicos del paciente y del entorno. Muchas de sus observaciones son consecuentes con los conceptos de la infección y con la teoría de los gérmenes; por ejemplo, aceptó el concepto de vacunación contra varias enfermedades. [Small \(2008\)](#) sostiene que Nightingale sí creía en una teoría de los

gérmenes, pero no en la que sugiere que los gérmenes patológicos causan una infección inevitable. Una teoría de este tipo era antitética a su creencia de que el saneamiento y una buena higiene podían evitar la infección. Su convicción de que la intervención adecuada sobre el entorno podría evitar las enfermedades es la idea sobre la que se basan las acciones de higienización modernas.

Nightingale no habló explícitamente de las conductas de cuidado de las enfermeras. Escribió muy poco acerca de las relaciones interpersonales, excepto cuando estas influyen en los procesos reparadores del paciente. En cambio, sí describió la vocación de enfermera, o llamada, y el compromiso que esta vocación exige. Su propio ejemplo de práctica enfermera en Crimea explica las conductas de cuidado. Entre estas se encuentran su compromiso de vigilar a los pacientes por la noche, un concepto nuevo y práctico; sentarse con ellos durante el proceso de la muerte; estar cerca de ellos durante los procedimientos quirúrgicos; escribir cartas por ellos; proporcionarles material de lectura, incluida una sala adecuada, durante su recuperación, y escribir cartas a la familia tras la muerte de un soldado. [Watson \(2010\)](#) define la descripción y las conductas de Nightingale como un «proyecto de los significados transpersonales y los modelos de cuidado» (p. 107). [Neils \(2010\)](#) describe el papel de las enfermeras de enlace como un cuidado basado en la descripción de Nightingale de las visitas a planta realizadas por las enfermeras. Interpreta esta actividad como la expresión de un soporte atencional y espiritual, mientras se obtienen también otras observaciones de enfermería.

Del mismo modo, tanto [Burkhart y Hogan \(2008\)](#) como [Wu y Lin \(2011\)](#) han llevado a cabo investigaciones para identificar los cuidados espirituales de la práctica enfermera, tal y como los describió Nightingale por primera vez. Los lugares de realización de estos estudios (EE. UU. y Taiwán) reflejan la universalidad del trabajo de Nightingale. [Wagner y White \(2010\)](#) exploran y analizan las «relaciones de cuidados» en los propios escritos de Nightingale. Este estudio histórico contribuye a nuestra comprensión del modo en que Nightingale describió el concepto moderno de cuidados. [Straughair \(2012\)](#) establece que los pacientes del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra identificaron una pérdida de compasión por parte del personal de enfermería (como componente de los cuidados) y aboga por que la enfermería preste atención a este aspecto del ideal cristiano de Nightingale de la enfermería profesional, defendiendo que es necesario redescubrir la compasión, que parece estar disminuyendo en la enfermería moderna. Algunos indicios aislados de las conductas de cuidados y compasión por parte de las enfermeras modernas se destacaron en los medios de comunicación durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) de 2020. Además de proporcionar los conocimientos técnicos necesarios para atender a estos pacientes, las enfermeras desarrollaron métodos innovadores y creativos para facilitar la comunicación entre los pacientes y sus seres queridos mediante el uso de teléfonos móviles

y tabletas electrónicas. Mantenían comunicación telefónica con las familias sobre el estado de sus seres queridos de forma sincera y detallada. Mediante la colocación de fotos en sus trajes de aislamiento, consiguieron humanizar su presencia. Muchas publicaciones muestran enfermeras sosteniendo las manos de los pacientes durante sus momentos de agonía, lo que recuerda a los cuidados que Nightingale prestaba en Scutari.

Nightingale creía que las enfermeras debían ser agentes morales. Presentó una pauta para la relación profesional con los pacientes; inculcó a sus enfermeras el principio de confidencialidad y recomendó el cuidado de los pobres para mejorar su salud y su situación social. Además, abordó el tema de la toma de decisiones que afectan al paciente (un componente importante de los conceptos éticos modernos). Nightingale (2020) abogó por una toma de decisiones concisa y clara por parte de la enfermera y el médico con respecto al paciente, señalando que la indecisión (irresolución) o el cambio de opinión es más perjudicial para el paciente que el hecho de que este tenga que tomar una decisión. Hoyt (2010) analizó el modo en que Nightingale definió la enfermería como una profesión ética y las prácticas éticas integradas en la enfermería.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Nightingale utilizó el razonamiento inductivo para establecer las leyes de la salud, la enfermedad y la enfermería a partir de sus observaciones y experiencias. La educación que recibió durante su infancia, especialmente en filosofía y matemáticas, habría potenciado su habilidad para el pensamiento lógico y el razonamiento inductivo. Por ejemplo, las observaciones que realizó sobre las condiciones en el hospital de Scutari le sirvieron para llegar a la conclusión de que un entorno contaminado, sucio y oscuro provocaba enfermedades. No solo redujo las infecciones en ese entorno, sino que también validó los resultados con un minucioso registro. A partir de su propia formación, su breve experiencia como superintendente en Londres y sus vivencias en Crimea, hizo observaciones y estableció unos principios para la formación de las enfermeras y el cuidado de los pacientes.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

Los principios de enfermería de Nightingale siguen siendo la base de la práctica enfermera. Los aspectos de su filosofía que versan sobre el entorno (es decir, ventilación, temperatura, silencio, dieta e higiene) continúan formando parte del actual cuidado de enfermería. En el ejercicio de la enfermería en el siglo XXI, la relevancia de estos conceptos se mantiene; de

hecho, su pertinencia ha aumentado a medida que la sociedad global se enfrenta a nuevos problemas de control de enfermedades. Aunque las instalaciones sanitarias y el tratamiento de aguas moderno han conseguido controlar los focos tradicionales productores de enfermedades con bastante eficacia en EE. UU., el agua contaminada debido a cambios ambientales o a la introducción de contaminantes no habituales sigue siendo un problema sanitario en muchas comunidades. En otras partes del mundo, las condiciones higiénicas siguen siendo más parecidas a las de la época de Nightingale. Los viajes por todo el mundo han alterado drásticamente la propagación potencial y real de la transmisión de enfermedades de forma rápida, aumentando el riesgo de epidemias y pandemias. La pandemia de COVID-19 que vivió el mundo en 2020 es la prueba de un nuevo reto al que se enfrentan las enfermeras de todo el mundo. En los entornos técnicos modernos, los principios subyacentes de la práctica enfermera introducidos por Nightingale son pertinentes y evidentes en la práctica enfermera moderna.

La arquitectura moderna ha creado otros problemas ambientales (p. ej., el síndrome del edificio enfermo o la legionelosis); las enfermeras deben preguntarse si los edificios modernos con control ambiental cumplen el principio de Nightingale de buena ventilación. Por otro lado, los ambientes controlados protegen cada vez más a las personas del humo del tabaco, los gases tóxicos, las emisiones de los automóviles y otros riesgos ambientales. La eliminación de nuevos tipos de residuos, incluidos los tóxicos, y el uso de productos químicos desafían a las enfermeras profesionales y a otros profesionales de la salud pública a reevaluar el concepto de entorno saludable (Butterfield, 1999; Gropper, 1990; Sessler, 1999). Shaner-McRae et al. (2007) describieron las condiciones ambientales de los hospitales que afectan no solo al entorno individual del paciente, sino también al entorno más amplio, incorporando múltiples conceptos ambientales identificados por Nightingale. Aunque se centran en los hospitales occidentales, es evidente que este aspecto plantea un reto global para los profesionales de enfermería.

En los centros sanitarios, la capacidad de controlar la temperatura de la habitación para un paciente individual es cada vez más difícil. Este entorno también puede ser muy ruidoso debido a las múltiples actividades y equipos tecnológicos utilizados para favorecer el proceso reparador del paciente. Las enfermeras han estudiado estos problemas, ya que siguen afectando a los pacientes y al sistema sanitario (McCarthy et al., 1991; McLaughlin et al., 1996; Pope, 1995). El nuevo entorno y la tecnología utilizados o creados durante la pandemia de COVID-19 podrían cambiar el entorno físico de los hospitales, los centros de cuidados de larga duración y los entornos domésticos en los próximos años. Por último, el ruido es un componente de la teoría de Nightingale; el entorno hospitalario crea un volumen creciente de ruido a través de la tecnología moderna, los equipos y sus alarmas y las interacciones del personal. Las enfermeras han estudiado estos problemas, ya que siguen afectando a los

pacientes (McCarthy et al., 1991; McLaughlin et al., 1996; Pope, 1995).

Monteiro (1985) y Small (2017) proporcionaron a la comunidad de la salud pública una revisión exhaustiva de la labor de Nightingale como reformadora sanitaria y social, recordando el alcance de su impacto en la atención sanitaria en diversos entornos y su preocupación por los problemas de la pobreza y la higiene. Aunque otras disciplinas en EE. UU. han abordado cada vez más estas cuestiones, está claro que las enfermeras tienen un papel activo en el ámbito social y político para garantizar unos entornos saludables para todos los ciudadanos.

McPhaul y Lipscomb (2005) aplicaron los principios ambientales de Nightingale a la práctica de la enfermería de la salud ocupacional. Estas enfermeras especialistas han identificado problemas de salud medioambiental y ocupacional que tienen lugar a nivel local, regional y mundial.

Las enfermedades infecciosas (p. ej., la tuberculosis [TB], el VIH, el ébola, el síndrome respiratorio agudo grave [SRAG] y la COVID-19) son ejemplos de estos problemas. Además, las enfermeras se enfrentan a una epidemia de sustancias tóxicas, infecciones nosocomiales y la aparición de microorganismos resistentes (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina [SARM], enterococos resistentes a la vancomicina [ERV], TB farmacorresistente) en sus entornos de atención al paciente; las medidas de prevención de primera línea de lavado de manos y limpieza ambiental son el resultado de la teoría y los principios ambientales originales de Nightingale. Todos estos problemas y otros creados por los cambios ambientales eran desconocidos para Nightingale, pero sus principios y métodos para resolverlos (p. ej., el lavado de manos, la limpieza) siguen siendo válidos. Dado que los sistemas y los profesionales sanitarios luchan por promover la seguridad de los pacientes a través de la prevención de la infección en las instalaciones sanitarias, este trabajo puede enmarcarse en las palabras de Florence Nightingale: «Parece un extraño principio enunciar, como requisito imprescindible, en un hospital “No dañéis a los enfermos”» (Nightingale, 2020; Vincent, 2005). Aunque algunos de los razonamientos de Nightingale han sido modificados o refutados por los avances médicos y los descubrimientos científicos, sus conceptos han resistido la prueba del tiempo y los avances tecnológicos. Los conceptos de los escritos de Nightingale, desde los comentarios políticos hasta la investigación académica, siguen siendo citados en la literatura enfermera (Medeiros et al., 2015).

Varios autores han analizado los conceptos y las acciones de gestión de los detalles más pequeños por parte de Nightingale, identificando la atemporalidad y universalidad de su estilo de gestión (Decker y Farley, 1991; Henry et al., 1990; Monteiro, 1985). Lorentzon (2003) se centró específicamente en el papel de Nightingale como mentora de una antigua estudiante en su revisión y en el análisis de la correspondencia entre ella y su antigua alumna Rachel Williams. Este análisis aporta una revisión de los enfoques mentores basados en la

filosofía de Nightingale; sus comentarios sobre el tratamiento, tal y como se los explicó a Rachel Williams, podrían fomentar una buena discusión de las necesidades de las enfermeras actuales en cuanto a mentorización y desarrollo profesional. Lannon (2007) y Narayanasamy y Narayanasamy (2007) basaron sus análisis del personal y del desarrollo del liderazgo de enfermería en las afirmaciones de Nightingale sobre la necesidad esencial de la formación continua en la práctica enfermera.

Por último, varios autores han analizado el papel de Nightingale en el movimiento sufragista, especialmente en el contexto del desarrollo de la teoría feminista. Aunque ha sido criticada por no participar activamente en este movimiento, Nightingale indicó en una carta a John Stuart Mill que podía trabajar para las mujeres de otras maneras (Woodham-Smith, 1951). Selanders (2010a) sostiene con fuerza que Nightingale fue una feminista y que sus convicciones como tal fueron fundamentales para el desarrollo de la enfermería profesional moderna.

Formación

Los principios de Nightingale sobre la formación de las enfermeras (instrucción en principios científicos y experiencia práctica para perfeccionar las habilidades) proporcionaron un modelo universal para las primeras escuelas de formación de enfermeras, empezando por la del St. Thomas's Hospital y la del King's College Hospital de Londres. Utilizando el modelo de Nightingale para formación de las enfermeras, en 1873 se crearon tres escuelas experimentales en EE. UU. (Ashley, 1976): el Bellevue Hospital en Nueva York, el New Haven Hospital en Connecticut y el Massachusetts Hospital en Boston.

La influencia de este sistema de formación y de muchos de sus principios sigue siendo evidente en los programas de enfermería actuales. Aunque Nightingale abogó por la independencia de la escuela de enfermería con respecto al hospital para garantizar que las estudiantes no trabajaran en el hospital como parte de su formación, las escuelas de enfermería americanas no pudieron conseguir dicha independencia durante muchos años (Ashley, 1976). Nightingale (Decker y Farley, 1991) creía que el arte de la enfermería no podía medirse con exámenes de licenciatura, pero utilizó otros métodos de evaluación, como estudios de casos (notas), para las estudiantes de enfermería del St. Thomas's Hospital.

Está claro que Nightingale entendía que una buena práctica solo podía ser el resultado de una buena formación. Este mensaje aparece en todos sus escritos. La historiadora de Nightingale, Joanne Farley, respondió a una estudiante de enfermería actual señalando que «la formación consiste en enseñar a la enfermera en qué consiste su profesión... La formación sirve para capacitar a la enfermera de manera que actúe del mejor modo posible... como un ser inteligente y responsable» (Decker y Farley, 1991, pp. 12–13). Resulta difícil imaginarse cómo sería en la actualidad el cuidado de los enfermos si Nightingale no hubiera definido las necesidades

de formación de las enfermeras y no hubiera creado estas primeras escuelas.

Investigación

El interés de Nightingale por la investigación científica y la estadística sigue definiendo los estudios científicos utilizados en la investigación enfermera. Era excepcionalmente eficiente e ingeniosa en su capacidad de reunir y analizar datos; su habilidad para representar datos gráficamente se identificó por primera vez en los diagramas polares, el tipo de ilustración gráfica que ella inventó (Agnew, 1958; Cohen, 1984; McDonald, 2010b). Su enfoque empírico de resolución de problemas de atención sanitaria se hace patente en los datos que solía incluir en sus numerosos artículos y cartas.

Cuando los escritos de Nightingale se definen y analizan como una teoría, presentan un enfoque filosófico que es aplicable en la enfermería moderna actual. Los conceptos que Nightingale identificó actúan como base para la investigación, que se suma a la moderna ciencia y práctica de la enfermería en todo el mundo. Lo más notable es su enfoque en el ambiente (entorno) y su importancia para la enfermería.

Los autores e investigadores sobre enfermería actuales han descrito este aspecto del trabajo de Nightingale como su «teoría ambiental». Medeiros et al. (2015) organizaron sus escritos sobre el entorno y el medio ambiente y realizaron un análisis de la teoría basado en el modelo de Johnson y Webber; determinaron que la teoría ambiental de Nightingale sirve a los parámetros actuales con una relevancia clave. Del mismo modo, Zborowsky (2014) se refiere a la teoría ambiental de Nightingale y a su resonancia en los entornos sanitarios actuales. Por último, Selanders (2010b) describe la práctica enfermera como una «adaptación al entorno».

EVOLUCIÓN

La filosofía y la teoría de la enfermería de Nightingale se exponen de forma clara y concisa en *Notes on Nursing* (2020), su obra más conocida y leída. En este escrito, la autora proporciona una guía para el cuidado de los enfermos y, de esta manera, aclara qué es la enfermería y qué no. El contenido del texto parece el más ameno para el análisis teórico. Hardy (1978) propuso que Nightingale formuló una gran teoría que explica la totalidad del comportamiento. Con el desarrollo del conocimiento de la teoría de enfermería, la obra de Nightingale ha acabado aceptándose como una filosofía de enfermería. Aunque algunas formulaciones se han comprobado, a menudo los principios derivan de situaciones anecdóticas para ilustrar su significado y confirmar sus afirmaciones. Su trabajo se ha explicado a menudo como una teoría, y está claro que las premisas de Nightingale han proporcionado los fundamentos para el desarrollo de la práctica enfermera y de las actuales teorías. Tourville e Ingalls (2003) describieron a

Nightingale como el tronco del árbol vivo de las teorías de enfermería.

CRÍTICA

Claridad

La obra de Nightingale es clara y fácil de entender. Aborda tres tipos de relaciones principales:

1. Entorno-paciente.
2. Enfermera-entorno.
3. Enfermera-paciente.

Nightingale creía que el entorno era el principal factor causante de la enfermedad en un paciente y consideraba la enfermedad como «las reacciones de la naturaleza bondadosa contra las condiciones en las que nos hemos colocado» (Nightingale, 2020). Nightingale reconoció la potencial peligrosidad de un entorno e hizo especial hincapié en el beneficio de un entorno adecuado para prevenir la enfermedad.

La práctica enfermera incluye la manipulación del entorno de diversas maneras para promover la recuperación del paciente. La eliminación de la contaminación, del contagio y el uso de una ventilación correcta, de una iluminación y de una temperatura adecuadas y el silencio conformaban los elementos que debían identificarse para controlarse o manipularse en el entorno. Nightingale empezó a desarrollar las relaciones entre algunos de estos elementos en sus escritos sobre contaminación y ventilación, iluminación y posición del paciente en la habitación, higiene y oscuridad, y ruido y estimulación del paciente. Asimismo, describió la relación entre la habitación del enfermo y el resto de la vivienda, y la relación entre la vivienda y el barrio.

Puede que la relación enfermera-paciente sea la menos definida en los escritos de Nightingale. A pesar de ello, propone la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente en sus escritos sobre los patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, el bienestar que puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía querido, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras se permite que el paciente realice su autocuidado. Por último, cabe destacar que Nightingale habló extensamente sobre el concepto de observación, incluido el uso de las observaciones que servían para guiar el cuidado de los pacientes y para medir la mejora o falta de respuesta a las intervenciones enfermeras.

Sencillez

Nightingale proporciona una teoría descriptiva y explicativa. Su enfoque en el ambiente, junto con sus componentes epidemiológicos, tiene un potencial predictivo. Podría decirse que Nightingale ha contrastado su teoría de una manera informal mediante la recogida de datos y la verificación de las mejoras. Utilizó el estudio de casos breves como posibles ejemplos para ilustrar varios de los conceptos que identificó en *Notes on*

Nursing (2020). Su intención era proporcionar reglas y explicaciones generales que dieran como resultado unos buenos cuidados de enfermería a los pacientes. Así pues, su objetivo de establecer reglas generales para la práctica y el desarrollo de la enfermería se cumplió a través de esta sencilla teoría.

Generalidad

Las teorías de Nightingale se han utilizado para proporcionar directrices generales a todas las enfermeras desde su introducción hace más de 160 años. Aunque algunas actividades que describió ya no son relevantes, la universalidad y la atemporalidad de sus conceptos aún siguen vigentes. Los profesionales de enfermería reconocen cada vez más el papel de observación y medida de los resultados como un componente esencial de su práctica. Burnes-Bolton y Goodenough (2003), Erlen (2007), Robb et al. (2007) y Weir-Hughes (2007) han escrito sobre la medición de los resultados de los pacientes y los métodos de mejora de la calidad basados en las nociones de observación de Nightingale. Los conceptos de relación (enfermera, paciente y entorno) siguen aplicándose a todos los ámbitos de la enfermería actual. Por tanto, cumplen el criterio de generalidad.

Accesibilidad

Los conceptos y las relaciones recogidos en la filosofía de Nightingale suelen enunciarse de forma implícita y se presentan como verdades más que como afirmaciones preliminares y comprobables. A diferencia de la investigación cuantitativa sobre mortalidad que realizó en Crimea, Nightingale dijo que las enfermeras de su época debían basar su práctica en las observaciones y experiencias. Sus conceptos son trasladables a estudios con los enfoques cualitativos de hoy, y también a métodos cuantitativos.

Importancia

En un grado extraordinario, los escritos de Nightingale llevan a la enfermera a actuar en nombre del paciente. Estas directrices comprenden las áreas de la práctica, la investigación y la formación. Los principios para dar forma a la práctica enfermera

son los más específicos. Insta a las enfermeras a proporcionar a los médicos «no su opinión, por muy respetuosa que sea, sino los hechos» (Nightingale, 2020). Del mismo modo, aconseja que «si no se puede adquirir el hábito de la observación de una manera u otra, será mejor renunciar a ser enfermera, porque no es su vocación, aunque las intenciones sean buenas y se tenga un gran interés» (Nightingale, 2020).

La visión que Nightingale tenía de la humanidad era coherente con su filosofía de la enfermería. Creía en una humanidad creativa y universal con el potencial y la capacidad para crecer y cambiar (Dossey, 2000; Hektor, 1994; Palmer, 1977). Profundamente religiosa, veía la enfermería como un modo de realizar la voluntad de Dios. El entusiasmo y el convencimiento profundo de conocer la verdad que posee todo reformador podrían explicar algunas de sus creencias y las prácticas que recomendaba. Finalmente, el período histórico y el lugar en el que vivió (Inglaterra victoriana) deben tenerse en cuenta para comprender e interpretar sus opiniones.

Los principios básicos de Nightingale sobre la manipulación del entorno y el cuidado del paciente pueden aplicarse en los entornos de enfermería contemporáneos. Aunque se le puede criticar, su filosofía y principios son pertinentes para la identidad y la práctica de los profesionales enfermeros.

Las afirmaciones y observaciones realizadas por Nightingale en *Notes on Nursing* pueden tener una gran importancia para el mundo de la enfermería actual. Vidrine et al. (2002) han identificado una de estas observaciones como la teoría rectora de su trabajo con la psicoterapia de grupo con caballos: «Un pequeño animal de compañía es a menudo una excelente compañía para los enfermos, especialmente en los casos crónicos» (Nightingale, 2020). Aunque un caballo no puede clasificarse como «animal pequeño en la habitación de un enfermo», estos autores han observado que su terapia es satisfactoria en sus pacientes. De hecho, esta sencilla afirmación puede ser la base de todos los programas de terapia con animales que tienen tanto éxito hoy en día. Nightingale es un testimonio de su propia teoría; se cuenta que tuvo 60 gatos durante su vida (estuvo recluida en su domicilio gran parte de su vida adulta y vivió hasta los 90 años).

RESUMEN

Florence Nightingale es una figura única en la historia mundial. En 1975, su imagen apareció en el billete de 10 libras esterlinas que se retiró de la circulación en 2010. Ninguna otra mujer ha sido y es todavía venerada como un icono por tanta gente en tantos lugares. Son pocas las figuras que han suscitado tanto interés, controversia e interpretación tanto de sus vidas como de su trabajo. La profesión enfermera continúa considerándola la fundadora de la enfermería moderna.

Nightingale definió las habilidades, las conductas y los conocimientos necesarios para la enfermería profesional. Las derivaciones de estas definiciones sirven a la profesión enfermera en la

actualidad, aunque los enfermeros actuales probablemente no sean conscientes de sus orígenes.

Debido a los cambios científicos y sociales que se han producido en el mundo, algunas de las observaciones de Nightingale han sido rechazadas, aunque después de un análisis más detallado se ha descubierto que sus creencias, filosofía y observaciones subyacentes siguen siendo válidas. Nightingale no intentó desarrollar lo que se considera una teoría de enfermería de forma consciente; proporcionó las primeras definiciones a partir de las cuales las enfermeras podrían desarrollar una teoría y los modelos y marcos conceptuales que informen a la enfermería profesional actual.

Los profesionales siguen identificándola como su matriarca. Los matemáticos la veneran por su trabajo como destacada estadística. Los epidemiólogos, los profesionales de la salud pública y los trabajadores sociales encuentran el origen de sus disciplinas en sus descripciones de las personas que fomentan la salud y previenen enfermedades. Los sociólogos reconocen su papel de liderazgo a la hora de definir las comunidades y sus enfermedades sociales y de trabajar para corregir los problemas de la sociedad como forma de mejorar la salud de sus miembros.

En el bicentenario de su nacimiento, las comunidades de enfermería de todo el mundo prestaron especial atención a su vida y su obra. La Organización Mundial de la Salud declaró 2020 como el año de la Enfermería. Irónicamente, muchas de las celebraciones del bicentenario de su nacimiento se cancelaron a causa de la pandemia de 2020.

Cabe destacar el artículo de Beck (2010) en el que se identifican siete recomendaciones para la práctica de la enfermería

en el siglo XXI basadas en la filosofía de Nightingale, ofreciendo un toque de atención para que las enfermeras de todo el mundo emulen la labor de Nightingale.

Las enfermeras, tanto estudiantes como profesionales, deberían familiarizarse con los escritos originales de Nightingale y revisar los numerosos libros y documentos disponibles (McDonald, 2001–2016). La (re)lectura de *Notes on Nursing* revelará ideas nuevas e inspiradoras y proporcionará una rápida ojeada a su irónico sentido del humor. La lógica y el sentido común que abarcan sus escritos pueden servir para estimular el pensamiento productivo para la enfermera individual y para la profesión enfermera. Emular la vida de Nightingale es convertirse en un buen ciudadano y líder de la comunidad, el país y el mundo. Nada más cierto que Nightingale se merece las consideraciones de fundadora brillante y creativa de la enfermería moderna y de primera teórica enfermera. ¿Qué opinaría Nightingale de la enfermería actual?

CASO CLÍNICO

Tiene una paciente de 82 años que lleva varias semanas hospitalizada por las quemaduras que sufrió en la parte inferior de las piernas durante un accidente en la cocina. Antes de su ingreso, vivía sola en un piso pequeño. Cuando ingresó dijo que no tenía familia cercana. Parece que su red de apoyo la constituyen otras personas mayores que viven en su vecindario. Debido a sus dificultades de transporte, algunos de ellos no pueden visitarla con frecuencia. Una vecina comenta que está cuidando al perro de la paciente, un *yorkshire terrier*, y le suplica que le permitan que su amiga lleve al perro al hospital. Le cuenta que ninguna otra enfermera le ha hecho caso cuando se lo ha pedido. Cuando pregunta acerca de ello, empieza a llorar y a decir que nunca han estado separados. Recuerda que el personal expresó su preocupación por el bienestar de la mujer en el parte de la mañana. Le dijeron que había estado comiendo muy poco y que parecía estar deprimida.

1. Basándose en el trabajo de Nightingale, identifique las intervenciones específicas que realizaría durante el cuidado de esta paciente.
2. Describa qué medidas tomaría, en su caso, en relación con la petición de la paciente de ver a su perro. Comente la base teórica de su decisión y de su acción basándose en su comprensión del trabajo de Nightingale.
3. Describa y explique qué diagnósticos de enfermería haría y qué intervenciones iniciaría para abordar el estado nutricional y el bienestar emocional de la paciente.
4. Como enfermera principal de la paciente, identifique y explique la planificación que realizaría en relación con su alta hospitalaria. Identifique a los miembros del equipo de alta y sus funciones en este proceso. Describa qué aconsejaría a esta paciente a partir de las observaciones y de las descripciones de Nightingale del papel de la enfermera.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Su comunidad corre el riesgo de sufrir una catástrofe natural concreta (p. ej., un tornado, una inundación, un huracán o un terremoto). Utilice los principios y las observaciones de Nightingale para desarrollar un plan de emergencia para uno de estos sucesos. Describa los elementos que incluiría en el plan.
2. Utilizando los conceptos de Nightingale de *ventilación, luz, ruido y limpieza*, analice el entorno en el que ejerce la enfermería como empleado o estudiante.
3. Está participando en un proyecto de mejora de la calidad en su entorno laboral. Comparta cómo desarrollaría las ideas que presentaría al grupo basándose en un enfoque de Nightingale.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Florence Nightingale: *The nurse theorists: Portraits of excellence*, The Helene Fuld Health Trust (1990), Studio Three Productions, una división del Samuel Merritt College, Oakland, CA. (Video/DVD disponible en Fitne, Inc., Athens, OH.)
- McDonald, L. (Ed.). (2001–2016). *The collected works of Florence Nightingale*. Ontario, Canada: Wilfred Laurier University Press.
- Nightingale, F. (2020). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Philadelphia: Wolters Kluwer. Publicación original en 1859. London: Harrison and Sons. Sin derechos de autor; muchas publicaciones a lo largo de los años.
- *The Florence Nightingale Museum*. <http://www.florence-nightingale.co.uk>.

BIBLIOGRAFÍA

- Agnew, L. R. (1958). Florence Nightingale, statistician. *American Journal of Nursing*, 58, 644.
- Ashley, J. A. (1976). *Hospitals, paternalism, and the role of the nurse*. New York: Teachers College Press.
- Beck, D. M. (2010). Expanding our Nightingale horizon: Seven recommendations for 21st century nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 317–326.
- Burkhart, L., & Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 18(7), 928–938.
- Burnes-Bolton, L., & Goodenough, A. (2003). A Magnet nursing service approach to nursing's role in quality improvement. *Nursing Administration Quarterly*, 27(4), 344–354.
- Butterfield, P. (1999). Integrating environmental health into clinical nursing. *Journal of the New York State Nurses Association*, 30(1), 24–27.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2018). *Theory and nursing: A systematic approach* (10th ed). St. Louis: MosbyElsevier.
- Cohen, I. B. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American*, 250(3), 128–137.
- Cook, E. T. (1913). *The life of Florence Nightingale*. London: Macmillan.
- Decker, B., & Farley, J. K. (1991). What would Nightingale say? *Nurse Educator*, 16(3), 12–13.
- Dickens, C. (1987). *Life and adventures of Martin Chuzzlewit*. London: New Oxford Press.
- Dossey, B. M. (2000). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. Springhouse, PA: Springhouse.
- Erlen, J. A. (2007). Patient safety, error reduction, and ethical practice. *Orthopaedic Nursing*, 26(2), 130–133.
- Gropper, E. I. (1990). Florence Nightingale: Nursing's first environmental theorist. *Nursing Forum*, 25(3), 30–33.
- Halsall, P. (1997). Modern history sourcebook: Florence Nightingale: Rural hygiene. <http://www.fordham.edu/halsall/mod/nightingale-rural.html>.
- Hardy, M. (1978). Perspectives on nursing theory. *Advances in Nursing Science*, 1, 37–48.
- Hektor, M. (1994). Florence Nightingale and the women's movement: Friend or foe. *Nursing Inquiry*, 1(1), 38–45.
- Helmstadter, C. (1997). Doctors and nurses in the London teaching hospitals: Class, gender, religion, and professional expertise, 1850–1890. *Nursing History Review*, 5, 161–167.
- Henry, B., Woods, S., & Nagelkerk, J. (1990). Nightingale's perspective of nursing administration. *Nursing and Health Care*, 11(4), 200–206.
- Holliday, M. E., & Parker, D. L. (1997). Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 483–488.
- Hoyt, S. (2010). Florence Nightingale's contribution to contemporary nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 331–332.
- Kalisch, B. J., & Kalisch, P. A. (1983a). Heroine out of focus: Media images of Florence Nightingale. Part I: Popular biographies and stage productions. *Nursing and Health Care*, 4(4), 181–187.
- Kalisch, B. J., & Kalisch, P. A. (1983b). Heroine out of focus: Media images of Florence Nightingale. Part II: Film, radio, and television dramatizations. *Nursing and Health Care*, 4(5), 270–278.
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (1987). *The changing image of the nurse*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Kennedy, M. (2007, September 3). Angel of mercy or power-crazed meddler? Unseen letters challenge view of pioneer nurse. *The Guardian*. <http://www.guardian.co.uk/uk/2007/sep/03/health.healthandwellbeing/print>.
- Lannon, S. L. (2007). Leadership skills beyond the classic: Professional development classes for the staff nurse. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 17–21.
- Longfellow, H. W. (1857). Santa Filomena. *Atlantic Monthly*, 1(1), 22–23.
- Lorentzon, M. (2003). Florence Nightingale as “mentor of matrons”: Correspondence with Rachel Williams at St. Mary's Hospital. *Journal of Nursing Management*, 11, 266–274.
- Macrae, J. A. (2001). *Nursing as a spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingale's views*. New York: Springer.
- McCarthy, D. O., Ouimet, M. E., & Daun, J. M. (1991). Shades of Florence Nightingale: Potential impact of noise stress on wound healing. *Holistic Nursing Practice*, 5(4), 39–48.
- McDonald, L. (2010a). *Florence Nightingale at First Hand*. Waterloo, Ontario: Wilfrid Laurier University Press.
- McDonald, L. (2010b). Florence Nightingale: Passionate statistician. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 92–98.
- McLaughlin, A., McLaughlin, B., Elliott, J., & Campalani, G. (1996). Noise levels in a cardiac surgical intensive care unit:

- A preliminary study conducted in secret. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(4), 226–230.
- McPhaul, K. M., & Lipscomb, J. A. (2005). Incorporating environmental health into practice. *AAO-HN Journal*, 53(1), 31–36.
- Medeiros, A., Enders, B., & De Carvalho Lira, A. (2015). The Florence Nightingale's environmental theory: A critical analysis. *Escola Anna Nery*, 19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>.
- Monteiro, L. A. (1985). Response in anger. Florence Nightingale on the importance of training Menteiro for nurses. *Journal of Nursing History*, 1(1), 11–18.
- Narayanasamy, A., & Narayanasamy, M. (2007). Advancing nursing development and progression in nursing. *British Journal of Nursing*, 16(7), 384–388.
- Neils, P. E. (2010). The influence of Nightingale rounding by the liaison nurse on surgical patient families with attention to differing cultural needs. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 235–243.
- Nelson, S. (1997). Pastoral care and moral government: Early nineteenth century nursing and solutions to the Irish question. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 6–14.
- Nightingale, F. (1858a). *Notes on hospitals: Being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October 1858. With evidence given to the Royal Commissioner on the state of the army in 1857*. London: John W. Park and Son.
- Nightingale, F. (1858b). *Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British army founded chiefly on the experience of the late war. Presented by request to the Secretary of State for War*. London: Harrison & Sons.
- Nightingale, F. (1871). *Report on measures adopted for sanitary improvements in India, from June 1870 to June 1871*. London: George Edward Eye and William Spottiswoode.
- O'Malley, I. B. (1931). *Life of Florence Nightingale, 1820–1956*. London: Butterworth.
- Palmer, I. S. (1977). Florence Nightingale: Reformer, reactionary, researcher. *Nursing Research*, 26, 84–89.
- Pope, D. S. (1995). Music, noise, and the human voice in the nurse-patient environment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27, 291–296.
- Robb, E., Mackie, S., & Elcock, K. (2007). Monitoring quality. *Nursing Management*, 14(5), 22–26.
- Selanders, L. (2010a). Florence Nightingale: The evolution and social impact of feminist values in nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 70–78.
- Selanders, L. (2010b). The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 81–88.
- Sessler, A. (1999). Doing more than doing no harm: Nursing professionals turn their attention to the environment. *On-Call*, 2(4), 20–23.
- Shaner-McRae, H., McRae, G., & Jas, V. (2007). Environmentally safe health care agencies: Nursing's responsibility, Nightingale's legacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(2), 1.
- Small, H. (1998). *Avenging angel*. New York: St. Martin's Press.
- Small, H. (2000). Florence Nightingale's 20th century biographies. In *Paper originally presented to the Friends of Florence Nightingale Museum*. <http://www.florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/biograph.htm>.
- Small, H. (2008). *Florence Nightingale, avenging angel* (book review). <http://www.florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/Nightingale.html>.
- Small, H. (2017). *A brief history of Florence Nightingale and her role and legacy, a revolution in public health*. London: Hachette.
- Smith, F. B. (1982). *Florence Nightingale: Reputation and power*. New York: St. Martin.
- Strachey, L. (1918). *Eminent Victorians*. London: Chatto & Windus.
- Straughair, C. (2012). Exploring compassion: Implications for contemporary nursing. Part 1. *British Journal of Nursing*, 21(3), 160–164.
- Tourville, C., & Ingalls, K. (2003). The living tree of nursing theories. *Nursing Forum*, 38(3), 21–30.
- Vidrine, M., Owen-Smith, P., & Faulkner, P. (2002). Equine-facilitated group psychotherapy: Applications for therapeutic vaulting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 587–603.
- Vincent, C. (2005). *Patient safety*. London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Wagner, D. J., & White, B. (2010). An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 225–234.
- Watson, J. (2010). Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring-healing. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 107–108.
- Weir-Hughes, D. (2007). Reviewing nursing diagnoses. *Nursing Management*, 14(5), 32–35.
- Woodham-Smith, C. (1951). *Florence Nightingale*. New York: McGraw-Hill.
- Wu, L.-F., & Lin, L.-Y. (2011). Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 250–256.
- Zborowsky, T. (2014). The legacy of Florence Nightingale's environmental theory: Nursing research focusing on the impact of healthcare environments. *HERD*, 7(4), 19–34.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Nightingale, F. (1911). *Letters from Miss Florence Nightingale on health visiting in rural districts*. London: King.
- Nightingale, F. (1954). *Selected writings* [Compiled by Lucy R. Seymour]. New York: Macmillan.
- Nightingale, F. (1974). *Letters of Florence Nightingale in the history of nursing archive*. Boston: Boston University Press.
- Nightingale, F. (1976). *Notes on hospitals*. New York: Gordon.
- Nightingale, F. (2020). *Notes on nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer [Commemorative edition with commentaries by contemporary nursing leaders.].

Artículos de revistas

- Nightingale, F. (1930). Trained nursing for the sick poor. *International Nursing Review*, 5, 426–433.
- Nightingale, F. (1954). Maternity hospital and midwifery school. *Nursing Mirror*, 99, 369. ix–xi.
- Nightingale, F. (1954). The training of nurses. *Nursing Mirror*, 99, iv–xi.

Fuentes secundarias**Libros seleccionados**

- Aiken, C. A. (1915). *Lessons from the life of Florence Nightingale*. New York: Lakeside.
- Andrews, M. R. (1929). *A lost commander*. Garden City, NY: Doubleday.
- Baly, M. E. (1986). *Florence Nightingale: The nursing legacy*. New York: Methuen.
- Barth, R. J. (1945). *Fiery angel: The story of Florence Nightingale*. Coral Gables, FL: Glade House.
- Bishop, W. J. (1962). *A bio-bibliography of Florence Nightingale*. London: Dawsons of Pall Mall.
- Boyd, N. (1982). *Three Victorian women who changed their world*. New York: Oxford.
- Bull, A. (1985). *Florence Nightingale*. North Pomfret, VT: David and Charles.
- Bullough, V. L., Bullough, B., & Stanton, M. P. (1990). *Florence Nightingale and her era: A collection of new scholarship*. New York: Garland.
- Calabria, M., & Macrae, J. (Eds.). (1994). *Suggestions for thought by Florence Nightingale: Selections and commentaries*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Collins, D. (1985). *Florence Nightingale*. Milford, MI: Mott Media.
- Cook, E. T. (1941). *A short life of Florence Nightingale*. New York: Macmillan.
- Cope, Z. (1958). *Florence Nightingale and the doctors*. Philadelphia: Lippincott.
- Cope, Z. (1961). *Six disciples of Florence Nightingale*. New York: Pitman.
- Davies, C. (1980). *Rewriting nursing history*. London: Croom Helm.
- Editors of RN. (1970). *Florence Nightingale: Rebel with a cause*. Oradell, NJ: Medical Economics.
- French, Y. (1953). *Six great Englishwomen*. London: H. Hamilton.
- Goldie, S. (1987). *I have done my duty: Florence Nightingale in the Crimea War, 1854–1856*. London: Manchester University Press.
- Goldsmith, M. L. (1937). *Florence Nightingale: The woman and the legend*. London: Hodder and Stoughton.
- Gordon, R. (1979). *The private life of Florence Nightingale*. New York: Atheneum.
- Hall, E. F. (1920). *Florence Nightingale*. New York: Macmillan.
- Herbert, R. G. (1981). *Florence Nightingale: Saint, reformer, or rebel?* Melbourne, FL: Krieger.
- Huxley, E. J. (1975). *Florence Nightingale*. London: Putnam.
- Hyndman, J. A. (1969). *Florence Nightingale: Nurse to the world*. Cleveland, OH: World.
- Keele, J. (1981). *Florence Nightingale in Rome*. Philadelphia: American Philosophical Society.
- Lammond, D. (1935). *Florence Nightingale*. London: Duckworth.
- McDonald, L. (2010). *Florence Nightingale at first hand*. Waterloo, Ontario: Wilfrid Laurier University Press.
- Miller, B. W. (1947). *Florence Nightingale: The lady with the lamp*. Grand Rapids, MI: Zondervan.
- Miller, M. (1987). *Florence Nightingale*. Minneapolis: Bethany House.
- Mosby, C. V. (1938). *Little journey to the home of Florence Nightingale*. New York: Mosby.
- Muir, D. E. (1946). *Florence Nightingale*. Glasgow: Blackie and Son.
- Nash, R. (1937). *A sketch for the life of Florence Nightingale*. London: Society for Promoting Christian Knowledge.
- Pollard, E. (1902). *Florence Nightingale: The wounded soldiers' friend*. London: Partridge.
- Quiller-Couch, A. T. (1927). *Victor of peace*. New York: Nelson.
- Quinn, V., & Prest, J. (1987). *Dear Miss Nightingale: A selection of Benjamin Jowett's letters to Florence Nightingale, 1860–1893*. Oxford: Clarendon Press.
- Rappe, E. C. (1977). *God bless you, my dear Miss Nightingale*. Stockholm: Almqvist och Wiksell.
- Hospital, Saint Thomas's (1960). *The Nightingale training school: St. Thomas's Hospital, 1860–1960*. London: Author.
- Selander, L. C. (1993). *Florence Nightingale: An environmental adaptation theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- Seymer, L. R. (1951). *Florence Nightingale*. New York: Macmillan.
- Shor, D. (1987). *Florence Nightingale*. Lexington, NH: Silver.
- Smith, F. B. (1982). *Florence Nightingale: Reputation and power*. New York: St. Martin's Press.
- Stark, M. (1979). *Introduction to Cassandra: An essay by Florence Nightingale*. Old Westbury, NY: Feminist Press.
- Turner, D. (1986). *Florence Nightingale*. New York: Watts.
- Vicinus, M., & Nergaard, B. (1990). *Ever yours, Florence Nightingale*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Woodman-Smith, C. (1983). *Florence Nightingale*. New York: Atheneum.
- Woodham-Smith, C. B. (1951). *Florence Nightingale, 1820–1910*. New York: McGraw-Hill.
- Woodham-Smith, C. B. (1951). *Lonely crusader: The life of Florence Nightingale, 1820–1910*. New York: Whittlesey House.
- Woodham-Smith, C. B. (1956). *Lady-in-chief*. London: Methven.
- Woodham-Smith, C. B. (1977). *Florence Nightingale, 1820–1910*. London: Collins.

Artículos de revistas

- A criticism of Miss Florence Nightingale. (1907). *Nursing Times*, 3, 89.
- Address by the Archbishop of York. (1970). *Florence Nightingale. Nursing Times*, 66, 670.
- Address given at fiftieth anniversary of founding by Florence Nightingale of first training school for nurses at St. Thomas's Hospital, London, England. (1911). *American Journal of Nursing*, 11, 331–361.
- A passionate statistician. (1931). *American Journal of Nursing*, 31, 566.
- Attewell, A. (1998). Florence Nightingale's relevance to nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 281–291.

- Baly, M. (1986). Shattering the Nightingale myth. *Nursing Times*, 82(24), 16–18.
- Baly, M. E. (1969). Florence Nightingale's influence on nursing today. *Nursing Times*, 65(Suppl), 1–4.
- Barber, E. M. (1935). A culinary campaign. *Journal of the American Dietetic Association*, 11, 89–98.
- Barber, J. A. (1999). Concerning our national honour: Florence Nightingale and the welfare of Aboriginal Australians. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 6(1), 36–39.
- Barker, E. R. (1989). Caregivers as casualties: War experiences and the postwar consequences for both Nightingale- and Vietnam-era nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 628–631.
- Barritt, E. R. (1973). Florence Nightingale's values and modern nursing education. *Nursing Forum*, 12, 7–47.
- Berentson, L. (1982). Florence Nightingale: Change agent. *Registered Nurse*, 6(2), 3, 7.
- Bishop, W. J. (1957). Florence Nightingale's letters. *American Journal of Nursing*, 57(5), 607.
- Bishop, W. J. (1960). Florence Nightingale's message for today. *Nursing Outlook*, 8, 246.
- Blanc, E. (1980). Nightingale remembered: Reflections on times past. *California Nurse*, 75(10), 7.
- Blanchard, J. R. (1939). Florence Nightingale: A study in vocation. *New Zealand Nursing Journal*, 32, 193–197.
- Boylan, J. O. (1974). The Florence Nightingale-Mary Stanley controversy: Some unpublished letters. *Medical History*, 18(2), 186–193.
- Bridges, D. C. (1954). Florence Nightingale centenary. *International Nurses Review*, 1, 3.
- Brow, E. J. (1954). Florence Nightingale and her international influence. *International Nursing Review*, 1, 17–19.
- Brown, E. (2000). Nightingale's values live on. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 6(3), 31.
- Carlisle, D. (1989). A nightingale sings: Florence Nightingale: Unknown details of her life story. *Nursing Times*, 85(50), 38–39.
- Charatan, F. B. (1990). Florence Nightingale: The most famous nurse in the world. *Today's OR Nurse*, 12(2), 25–30.
- Cherescavich, G. (1971). Florence, where are you? *Nursing Clinics of North America*, 6(2), 217–223.
- Choa, G. H. (1971). Speech by Dr. the Hon. G. H. Choa at the Florence Nightingale Day Celebration on Wednesday, 12th May, 1971, at City Hall, Hong Kong. *Nursing Journal*, 10, 33–34.
- Clayton, R. E. (1974). How men may live and not die in India: Florence Nightingale. *Australian Nurses Journal*, 2(33), 10–11.
- Coakley, M. L. (1989). Florence Nightingale: A one-woman revolution. *Journal of Christian Nursing*, 6(1), 20–25.
- Cohen, S. (1997). Miss Loane, Florence Nightingale, and district nursing in late Victorian Britain. *Nursing History Review*, 5, 83–103.
- de Guzman, G. (1935). Florence Nightingale. *Filipino Nurse*, 10, 10–14.
- Dennis, K. E., & Prescott, P. A. (1985). Florence Nightingale: Yesterday, today, and tomorrow. *Advances in Nursing Science*, 7(2), 66–81.
- de Tornayay, R. (1976). Past is prologue: Florence Nightingale. *Pulse*, 12(6), 9–11.
- Dwyer, B. A. (1937). The mother of our modern nursing system. *Filipino Nurse*, 12, 8–10.
- Gibbon, C. (1997). The influence of Florence Nightingale's image on Liverpool nurses 1945–1995. *International History of Nursing Journal*, 2(3), 17–26.
- Gordon, J. E. (1972). Nurses and nursing in Britain. 21. The work of Florence Nightingale. I. For the health of the army. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, 8(10), 351–359.
- Gordon, J. E. (1972). Nurses and nursing in Britain. 22. The work of Florence Nightingale. Futuras. The establishment of nurse training in Britain. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, 8(11), 391–396.
- Gordon, J. E. (1973). Nurses and nursing in Britain. 23. The work of Florence Nightingale. III. Her influence throughout the world. *Midwife Health Visitor and Community Nurse*, 9(1), 17–22.
- Hoole, L. (2000). Florence Nightingale must remain as nursing's icon. *British Journal of Nursing*, 4, 189.
- Ifemesia, C. C. (1976). Florence Nightingale (1820–1910). *Nigerian Nurse*, 8(3), 26–34.
- Kelly, L. Y. (1976). Our nursing heritage: Have we renounced it? (Florence Nightingale). *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 8(3), 43–48.
- Large, J. T. (1985). Florence Nightingale: A multifaceted personality. *Nursing Journal of India*, 76(5), 110, 114.
- LeVasseur, J. (1998). Student scholarship: Plato, Nightingale, and contemporary nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30, 281–285.
- Light, K. M. (1997). Florence Nightingale and holistic philosophy. *Journal of Holistic Nursing*, 15(1), 25–40.
- Macmillan, K. (1994). Brilliant mind gave Florence her edge: Florence Nightingale. *Registered Nurse*, 6(2), 29–30.
- Macrae, J. (1995). Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(1), 8–10.
- McDonald, L. (1998). Florence Nightingale: Passionate statistician. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 267–277.
- Nightingale, Florence (1970). Rebel with a cause. *Registered Nurse*, 33, 39–55.
- Nightingale, Florence (1980). The original geriatric nurse. *Oklahoma Nurse*, 25(4), 6.
- Rabstein, C. (2000). Patron saint or has-been? Role models: Is Florence Nightingale holding us back? *Nursing*, 30(1), 8.
- Selander, L. C. (1998). Florence Nightingale: The evolution and social impact of feminist values in nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 16(2), 227–243.
- Selander, L. C. (1998). The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 247–263.
- Sparacino, P. S. A. (1994). Clinical practice: Florence Nightingale: A CNS role model. *Clinical Nurse Specialist*, 8(2), 64.
- Stronk, K. (1997). Florence Nightingale: Mother of all nurses. *Journal of Nursing Jocularly*, 7(2), 14.
- Watson, J. (1998). Reflections: Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 292–294.

- Welch, M. (1986). Nineteenth-century philosophic influences on Nightingale's concept of the person. *Journal of Nursing History, 1*(2), 3–11.
- Welch, M. (1990). Florence Nightingale—the social construction of a Victorian feminist. *Western Journal of Nursing Research, 12*(3), 404–407.
- Wheeler, W., & Walker, M. (1999). Florence: Death of an icon: Florence Nightingale. *Nursing Times, 95*(19), 24–26.
- Widerquist, J. G. (1992). The spirituality of Florence Nightingale. *Nursing Research, 41*(1), 49–55.
- Widerquist, J. G. (1997). Sanitary reform and nursing: Edwin Chadwick and Florence Nightingale. *Nursing History Review, 5*, 149–160.
- Williams, B. (2000). Florence Nightingale: A relevant heroine for nurses today? *California Nurse, 96*(1), 9, 27.

Jean Watson: filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson

*Danielle M. Leone-Sheehan**



Jean Watson
(1940-actualidad)

«Somos la luz en la oscuridad institucional, y en este modelo conseguimos volver a la luz de nuestra humanidad.»

(Jean Watson, 2012)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES DE LA TEÓRICA

Margaret Jean Harman Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, nació y creció en la pequeña ciudad de Welch, Virginia Occidental. Como benjamina de una familia de ocho hijos, estuvo rodeada de una extensa comunidad familiar. Watson fue al instituto en Virginia Occidental y a la Escuela de Enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras su graduación en 1961, contrajo matrimonio con Douglas Watson y se desplazó al estado natal de su marido, Colorado. Douglas, al que Watson describe como pareja espiritual y física y mejor amigo, falleció en 1998. Tiene dos hijas adultas, Jennifer y Julie, y cinco nietos. Jean reside en Boulder, Colorado.

Watson continuó sus estudios de enfermería en la University of Colorado. Obtuvo el grado de licenciada en Enfermería en 1964, un máster en 1966, y el doctorado en Psicología y Asesoramiento en Educación en 1973. Se incorporó a la Facultad de Enfermería del University of Colorado Health Sciences Center, donde ejerció funciones docentes y administrativas. En 1981 y 1982 hizo unos estudios sabáticos internacionales en Nueva Zelanda, Australia, la India, Tailandia y Taiwán; en 2005 completó, a pie, la peregrinación del camino de Santiago, en España.

En la década de 1980, Watson et al. crearon el Center for Human Caring en la University of Colorado, el primer centro

interdisciplinario del país que utiliza los conocimientos sobre el cuidado humano para la práctica clínica, la erudición, la administración y el liderazgo (Watson, 1986). En este centro, Watson patrocinó, junto con otras personas, las actividades clínicas, formativas y comunitarias que permitieron formar a residentes nacionales e internacionales, además de colegas internacionales de todo el mundo, en Australia, Brasil, Canadá, Corea, Japón, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Escandinavia, Tailandia y Venezuela.

El Watson Caring Science Institute (WCSI) fue creado por Watson sobre la base de la labor realizada en el Center for Human Caring. El WCSI es una organización sin ánimo de lucro que busca la evolución de la ciencia del cuidado dentro de los programas y proyectos del Global World Caring Science. El WCSI ha definido su ámbito de actuación en cuatro partes distintas: educación, praxis, investigación y legado. El Watson Caring Science Center de la University of Colorado es un centro interdisciplinario para enfermeras y profesionales sanitarios. Este centro tiene una colaboración con el WCSI, reflejo de su alineación operativa y filosófica. Dentro de las iniciativas de la University of Colorado en el seno de la ciencia del cuidado de Watson, se ha establecido la cátedra Watson sobre la ciencia del cuidado en dicha universidad (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

En la Escuela de Enfermería de la University of Colorado, Watson fue directora y vicedecana del programa de grado, puso en marcha el programa de doctorado en Enfermería y fue directora de dicho programa entre 1978 y 1981. Watson fue decana de la Facultad de Medicina de la University of Colorado y directora asociada de prácticas en enfermería en el hospital universitario entre 1983 y 1990. Como decana, desarrolló un plan de estudios de enfermería de posgrado sobre

*Autoras anteriores: D. Elizabeth Jesse, Martha R. Alligood, Ruth M. Neil, Ann Marriner Tomey, Tracey J. F. Patton, Deborah A. Barnhart, Patricia M. Bennett, Beverly D. Porter y Rebecca S. Sloan. Las autoras desean agradecer a la Dra. Jean Watson su ayuda en la actualización del capítulo.

cuidados humanos, salud y curación, que fue el origen del Doctorado en Enfermería (ND, *nursing doctorate*), un doctorado clínico que se convirtió en el doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (DNP, *doctor of nursing practice*) en 2005. Watson se retiró de la University of Colorado en 2012 como profesora emérita y decana emérita distinguida.

Watson ha recibido numerosos reconocimientos y premios de universidades y organizaciones nacionales e internacionales, incluidos títulos honoríficos, puestos de dirección de libre designación y honorarios por su trabajo y servicio continuos. Es poseedora de 15 títulos honoríficos, 12 de ellos de universidades internacionales, como la Universidad María Auxiliadora de San Juan de Lurigancho (Perú), la Universidad Erciyes de Kayseri (Turquía), la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja de Tokio (Japón), la Universidad de Gotemburgo (Suecia) y la Universidad de Montreal (Quebec, Canadá) (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020). En 1993 recibió el Premio Martha E. Rogers de la National League for Nursing (NLN). Entre 1993 y 1996, Watson fue parte del comité ejecutivo y órgano de gobierno de la NLN, donde sirvió como presidenta desde 1995 a 1996. En 1997, la NLN le otorgó un certificado de enfermera holística honoraria a perpetuidad.

Watson fue reconocida en 1998 como Enfermera Distinguida por la New York University. En 1999, recibió el premio nacional Norman Cousins del Fetzer Institute en reconocimiento de su compromiso con el desarrollo, mantenimiento y ejemplificación de las prácticas de cuidado centradas en las relaciones (Watson, comunicación personal, 14 de agosto de 2000). En 1999, Watson asumió la cátedra Murchison-Scoville de Ciencia del Cuidado de la University of Colorado. Además de ser miembro de la American Academy of Nursing, en 2013 esta academia otorgó a Watson su máxima distinción, la de Leyenda Viva. En 2015 le otorgaron el Premio de Cuidados Compasivos en Medicina del Helene Hildebrand Center de la Notre Dame University, y también recibió un reconocimiento por parte de la Academy of Integrative Healing Medicine. En 2016, las Naciones Unidas reconocieron también su tarea en la 60th Session on Commission of Women a través de la Nightingale Global Health Initiative. También en este año fue nombrada profesora emérita honoraria de la International Society for Caring and Peace en Japón (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

Watson ha trabajado como profesora invitada y patrocinada en universidades nacionales, como el Boston College, la Catholic University, la Adelphi University, el Teachers College de la Columbia University, la State University of New York, y en universidades de numerosos países extranjeros. Entre sus actividades internacionales están una International Kellogg Fellowship en Australia (1982), una beca de investigación y docencia Fullbright en Suecia y otras zonas de Escandinavia (1991), y un ciclo de conferencias en el Reino Unido (1993). Watson ha participado en proyectos internacionales y recientemente se ha presentado en Jordania, Uruguay, Canadá, Japón, Reino Unido y Grecia (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020). Su nombre se menciona al menos en

20 cintas de audio o vídeo, o en CD de distribución nacional sobre la teoría de la enfermería, algunos de los cuales se recogen en las referencias para ampliar conocimientos al final del capítulo.

Jean Watson es autora de 12 libros y coautora de otros 9, y ha publicado innumerables artículos en revistas de enfermería e interdisciplinarias. Los libros de Watson se han traducido ampliamente a diferentes idiomas, como el coreano, el francés, el chino, el alemán, el japonés, el sueco, el noruego y el portugués. Las siguientes publicaciones reflejan su teoría del cuidado.

El primer libro de Watson fue *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979) (reimpreso en 1985). El International Caritas Consortium celebró recientemente el 40.º aniversario de esta obra fundamental (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020). En este libro, Watson trató de definir y distinguir la ciencia de la enfermería como algo distinto de la ciencia médica. Los 11 factores curativos de Yalom estimularon a Watson a utilizar 10 factores curativos para estructurar su libro (Watson, 1979). Los factores caritativos identificaron conceptos «centrales para la enfermería» (p. 9) y presentaron un ideal moral para la práctica. La edición revisada de 2008 de esta obra fundamental promovió los factores de cuidado en los procesos de caridad. La evolución de «cuidados» a «caridad» permitió establecer conexiones explícitas entre el cuidado y el amor.

Su segundo libro, *Nursing: Human Science and Human Care-A Theory of Nursing* (1985), reeditado en 1988 y 1999, ahonda en los problemas conceptuales y filosóficos de la enfermería y avanza en la estructura teórica de su teoría del cuidado. Su tercer libro, *Postmodern Nursing and Beyond* (1999), presenta un modelo para llevar la práctica y el pensamiento de la enfermería al siglo XXI. *Instruments for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* (2002), su cuarto libro, es una recopilación de 22 instrumentos para evaluar y medir los cuidados; recibió el Premio al Libro del Año 2002 del *American Journal of Nursing* y va por su tercera edición (Sitzman y Watson, 2019).

Su quinto libro, *Caring Science as Sacred Science* (2005), describe su viaje personal dirigido a mejorar los conocimientos sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto y la práctica del cuidado y el trabajo en cuidado-curación. En esta obra presenta al lector experiencias que le inducen a pensar y trata de reflejar la naturaleza sagrada de la enfermería, destacando los aspectos de la reflexión interna profunda y el crecimiento personal, las habilidades de comunicación, el uso del crecimiento transpersonal y la atención a la ciencia del cuidado y la curación a través del perdón, la gratitud y la redención. Recibió el Premio al Libro del Año 2005 del *American Journal of Nursing*.

Su libro más reciente, *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing* (2018), presenta una perspectiva más avanzada de la enfermería. Watson ahonda en la teoría de los cuidados transpersonales, describiendo el crecimiento de la teoría en el paradigma transformador unitario, explicando

el papel de la enfermera como agente moral («veritas») en el cuidado de los demás e introduciendo formalmente la terminología de «caritas-veritas» (caridad-verdad).

Otras de sus obras son *Measuring Caring: International Research on Caritas as Healing* (Nelson y Watson, 2011), *Creating a Caring Science Curriculum* (Hills y Watson, 2011), *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (Watson, 2012), *Watson's Caring in the Digital World* (Sitzman y Watson, 2017), *Global Advances in Human Caring Literacy* (Lee et al., 2017), *A Handbook for Caring Science: Expanding the Paradigm* (Rosa et al., 2018) y *Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory* (Sitzman y Watson, 2018).

El conjunto de las obras de Watson refleja una evolución del pensamiento teórico y de su viaje personal. Watson describe en esta obra dos acontecimientos personales que cambiaron su vida y determinaron su redacción. En 1997 perdió el ojo izquierdo de forma accidental, y poco después, en 1998, su marido falleció. Watson afirma que «trató de integrar estas heridas en su vida y su trabajo. Uno de los regalos que trajo el sufrimiento fue el privilegio de poder experimentar y recibir mi propia teoría a través del cuidado de mi marido y mis queridas compañeras enfermeras y otros colegas» (Watson, comunicación personal, 31 de agosto de 2000).

FUENTES TEÓRICAS

La obra de Watson ha sido denominada filosofía, proyecto, ética, paradigma, visión del mundo, tratado, modelo conceptual, marco y teoría (Watson, 1996). Watson (1988) define la teoría como «una agrupación imaginativa de conocimientos, ideas y experiencias que se representan simbólicamente y pretenden arrojar luz sobre un fenómeno determinado» (p. 1). Insiste en el significado latino de *teoría* «ver» y concluye que «(la ciencia humana) es una teoría porque me ayuda 'a ver' de una forma más amplia (clara)» (p. 1). Watson reconoce una orientación fenomenológica, existencial y espiritual desde las ciencias y las humanidades, así como una guía filosófica e intelectual basada en la teoría feminista, la metafísica, la fenomenología, la física cuántica, la sabiduría popular, la filosofía perenne, el budismo, la ética y la epistemología (Watson, 1995, 1997, 1999, 2005, 2008, 2012, 2018). Como antecedentes cita filosofías y teóricos de la enfermería, entre ellos Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Newman, así como el trabajo de Gadow, filósofa de la enfermería y experta en ética de la atención sanitaria (Watson, 1985, 1997, 2005, 2012).

Watson atribuye su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de la congruencia, la empatía y la calidez a Carl Rogers y a los autores recientes de la psicología transpersonal. Watson destaca que el abordaje fenomenológico de Carl Rogers se basa en que las enfermeras no están para manipular y controlar a los demás, sino para comprenderlos, algo que tuvo una influencia muy profunda en una época en la que la «clínicalización» (control terapéutico y manipulación del

paciente) se consideraba la norma (Watson, comunicación personal, 31 de agosto de 2000).

En su obra *Caring Science as Sacred Science*, Watson (2005) describe la sabiduría del filósofo francés Levinas (1969) y del filósofo danés Løgstrup (1995) como fundamentales para su trabajo. Watson (2018) continúa el debate sobre la influencia filosófica de Levinas y la ética de la pertenencia. Esta perspectiva se nutre además del paradigma transformador unitario y de una comprensión metafísica del yo, del otro y del amor cósmico universal. La experiencia humana, la realidad y la conciencia de la enfermera no están separadas, sino que forman una unidad con el paciente y la familia que recibe los cuidados.

Esta humanidad compartida es la base de una relación ética y moral, la base de la caridad-verdad y de la praxis enfermera (Watson, 2018). Watson (2018) describe que la «verdad» es necesaria para «transmitir la moralidad y el compromiso de valor de la enfermería con valores atemporales y duraderos que se cruzan con la "caridad", que aúna el cuidado y el amor» (p. 10).

Los conceptos principales de Watson incluyen los 10 factores de cuidado (cuadro «Principales conceptos y definiciones» y tabla 7.1), la curación transpersonal y la relación de cuidados transpersonales, el momento de prestación de los cuidados, la ocasión de prestar los cuidados, las modalidades de curación a través de los cuidados, la conciencia de los cuidados, la energía de la conciencia de los cuidados y el expediente fenomenológico/conciencia unitaria. Watson (2008) amplió los factores de cuidado al concepto de *caritas* (caridad), traduciendo los factores de cuidado originales en procesos caritativos clínicos que sugerían formas abiertas de considerarlos (v. tabla 7.1). Watson (2018) resumió cada proceso de caridad utilizando una palabra para capturar su esencia y proporcionar un marco para simplificar cada proceso.

Watson (1999) describe una «relación de cuidado transpersonal» como fundamento de su teoría; se trata de un «tipo especial de relación de cuidado humano (la unión con otra persona) con una especial consideración por la persona completa y su estar en el mundo» (p. 63). El desarrollo y el mantenimiento de la relación transpersonal se actualizan a través de la aplicación de los 10 procesos de caridad que guían la relación y sientan las bases de la relación de cuidado-amor esencial para la práctica enfermera (Watson, 2008).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La investigación de Watson sobre el cuidado incorpora el empirismo, pero hace hincapié en los enfoques que parten de los fenómenos de la enfermería y no de las ciencias naturales (Leininger, 1979). Por ejemplo, ella ha empleado la ciencia humana, la fenomenología empírica y la fenomenología trascendente. Ha investigado las metáforas y la poesía para comunicar, transmitir y dilucidar el cuidado y la curación del ser humano (Watson, 1987, 2005). En sus estudios y escritos,

TABLA 7.1 Factores de cuidado y procesos de caridad

Factores de cuidado	Procesos de caridad
«La formación de un sistema de valores altruista-humanista»	«Práctica de la amabilidad amorosa y la ecuanimidad en el contexto de la conciencia de cuidado»
«Instilación de la fe-esperanza»	«Estar auténticamente presente y posibilitar y sostener el sistema de creencias profundas y la vida del mundo subjetivo de uno mismo y de la persona a la que se cuida»
«Cultivo de la sensibilidad sobre el propio yo y el de los demás»	«Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, ir más allá del propio ego»
«Desarrollo de una relación de ayuda-confianza»; convertirse en «autores de una relación de cuidado humano, de ayuda-confianza» (en la página web de Watson en 2004)	«Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidado auténtica basada en la ayuda y la confianza»
«Fomento y aceptación de la expresión de sentimientos negativos y positivos»	«Asumir y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión entre el yo más profundo y la persona a la que se cuida»
«Uso sistemático del método de resolución de problemas científico para la toma de decisiones»; conseguir «un uso sistemático del proceso de cuidado basado en una resolución de problemas creativa» (en la página web de Watson en 2004)	«Uso creativo de uno mismo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; participación en el arte de las prácticas de cuidado-curación»
«Fomento de la enseñanza-aprendizaje transpersonal»	«Implicación en una experiencia genuina de enseñanza-aprendizaje que atiende a la unidad del ser y del significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de los demás»
«Logro de un entorno mental, físico, social y espiritual de apoyo, protección y/o corrector»	«Creación de un entorno de curación a todos los niveles (tanto físico como no físico, un entorno sutil de energía y conciencia en el que se potencie la plenitud, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz)»
«Ayuda en la cobertura de las necesidades humanas»	«Ayuda con las necesidades básicas con una conciencia de cuidado intencionada, administrando los “elementos esenciales del cuidado humano”; lo que potencia la alineación entre mente, cuerpo y espíritu, la integridad y la unidad del ser en todos los aspectos del cuidado»
«Autorización de fuerzas existenciales-fenomenológicas»; fomento de la «autorización de las fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales» (en la página web de Watson en 2004)	«Apertura y atención a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la vida-muerte propia; cuidado del alma propia y de aquellos a los que se cuida»

Modificado de Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. (pp. 9–10). Boston: Little, Brown (factores de cuidado), y Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Revised & Updated Edition. Boulder, CO: University Press of Colorado (procesos de caridad).

incorporó cada vez más su convicción de que existe una relación sagrada entre la humanidad y el universo (Watson, 1997, 2005) y ha promovido el cuidado transpersonal como un cuidado unitario fundamentado en una filosofía transformadora unitaria (2017).

Este reciente avance hace hincapié en la necesidad de la ética, la ontología, la cosmología y la metafísica como aspectos esenciales para fundamentar el conocimiento de la enfermería como ciencia humana.

PRINCIPALES PREMISAS

Watson une la ciencia con las humanidades, proporcionando a las enfermeras una sólida formación en artes liberales para entender otras culturas y así poder utilizar la ciencia del cuidado y una estructura de mente-cuerpo-espíritu. Considera que el estudio de las humanidades amplía la mente y fomenta la capacidad de pensar y el crecimiento personal. Watson comparó el estado de la enfermería con el mito de las danades, que

trataban de llenar de agua un jarrón roto, únicamente para ver cómo fluía el agua por sus grietas. Propuso que el estudio de las ciencias y las humanidades era necesario para sellar grietas similares en la base científica del conocimiento enfermero (Watson, 1981, 1997).

Watson describe las premisas de una relación de cuidado transpersonal que se extiende a los profesionales multidisciplinares:

- El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia de la caridad por parte de la enfermera protegen, promueven y potencian la dignidad, la plenitud y la curación humana, permitiendo así que la persona cree (de manera individual o conjunta) su propio sentido de la existencia.
- La voluntad consciente de la enfermera reafirma el significado subjetivo y espiritual del paciente, al tiempo que trata de mantener los cuidados en un ambiente de amenaza y desesperación, ya sea biológica, institucional o de otro tipo. El resultado es la defensa de una *relación yo-tú* en lugar de una *relación yo-esto*.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Diez procesos de caridad

Watson basó originalmente su teoría para la práctica de la enfermería en 10 factores de cuidado. Desde la publicación inicial de la teoría, los factores han evolucionado hasta convertirse en lo que ahora se describe como los 10 procesos de caridad, que incluyen una dimensión claramente espiritual y la evocación manifiesta del amor y el cuidado (Watson, 2008, 2018). Un cambio esencial del cuidado a la caridad explica la conciencia de la caridad, definida como «conciencia e intencionalidad», y que constituye la base de la enfermera caritativa (Watson, 2008, p. 43). Watson ha descrito y resumido cada proceso de caridad en una palabra, según se presenta en las siguientes descripciones (Watson, 2018). (Véanse en la [tabla 7.1](#) los factores de cuidado originales y la interpretación del proceso de caridad.)

1. Mantenimiento de los valores humanistas-altruistas mediante la práctica del amor-bondad, la compasión y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás (aceptar)

Los valores humanistas y altruistas se aprenden en las primeras etapas de la vida, pero pueden verse muy influidos por los profesores de enfermería y la experiencia clínica. Este proceso puede definirse como una satisfacción a través de la entrega y la ampliación del sentido del yo, y una mayor comprensión de la repercusión del amor y el cuidado sobre uno mismo y sobre los demás (Watson, 2008, 2017).

2. Estar auténticamente presente; posibilitar la fe, la esperanza y el sistema de creencias; hacer honor al mundo interior subjetivo y vital de uno mismo y de los demás (inspirar)

Este proceso, que incorpora valores humanistas y altruistas, facilita la promoción de los cuidados de enfermería holísticos y de salud positiva en la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera en el desarrollo de una interrelación eficaz entre la enfermera y el paciente y en la promoción del bienestar, ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud (Watson, 2008, 2017).

3. Ser sensible a uno mismo y a los demás mediante el cultivo de prácticas espirituales propias, más allá del ego propio, hacia la presencia transpersonal (confiar)

El reconocimiento de los sentimientos conduce a la autorrealización a través de la autoaceptación, tanto por parte de la enfermera como del paciente. Cuando las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, se hacen más genuinas, auténticas y sensibles a los demás. La enfermera también va más allá de los sentimientos en una exploración permanente de los valores personales y los sistemas de creencias con el objetivo de mejorar la atención plena en las acciones de cuidado (Watson, 2008, 2017).

4. Desarrollo y mantenimiento de relaciones de cuidados y confianza con cariño (crianza)

El desarrollo de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para los cuidados transpersonales. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos. Implica congruencia, empatía, calidez no posesiva y comunicación eficaz. La congruencia se basa en ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad de experimentar, y en consecuencia comprender, las percepciones y sentimientos de la otra persona y comunicarle esta comprensión. La calidez no posesiva se demuestra con un tono moderado de la voz, una postura abierta y relajada, y expresiones faciales, congruentes con las demás comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuesta cognitivos, afectivos y conductuales (Watson, 2008, 2017).

5. Permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos: escuchar verdaderamente la historia de otra persona (perdonar)

Compartir los sentimientos es una experiencia que obliga a asumir riesgos tanto a la enfermera como al paciente. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos o negativos, y debe reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación son diferentes (Watson, 2008, 2017).

6. Resolución creativa de problemas: «búsqueda de soluciones» a través del proceso de cuidado, el uso pleno de uno mismo y el arte de las prácticas de cuidado y curación mediante el uso de todas las formas de conocer/estar/hacer/ser (profundizar)

El proceso de la enfermería requiere la aplicación de varias formas de conocimiento, incluido el «creativo, intuitivo, estético, ético, personal e incluso espiritual» (Watson, 2008, p. 107). Este proceso se aleja significativamente de una perspectiva singular del conocimiento científico como esencial para la práctica de la enfermería y obliga a la enfermera a utilizar el conocimiento de forma creativa en la práctica de la enfermería caritativa (Watson, 2008, 2017).

7. Participar en la enseñanza y el aprendizaje transpersonales en el contexto de una relación de cuidados, manteniéndose dentro del marco de referencia de los demás (equilibrar)

Este proceso es esencial para diferenciar la enfermería de los cuidados y alejarla del enfoque curativo de la medicina. Permite al paciente estar informado y deriva la responsabilidad sobre el bienestar y la salud hacia el paciente. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen su autocuidado, determinen sus necesidades personales y tengan



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Diez procesos de caridad (cont.)

oportunidades de crecimiento personal (Watson, 2008, 2017).

8. Creación de un entorno curativo a todos los niveles, un entorno sutil para una práctica de cuidados energética y auténtica (crear conjuntamente)

Las enfermeras deben reconocer la influencia que tienen los entornos internos y externos en la salud y la enfermedad de las personas. Los conceptos esenciales para el entorno interno incluyen el bienestar espiritual y mental y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, otras variables externas son la comodidad, la privacidad, la seguridad y un entorno limpio y estético (Watson, 2008).

9. Contribuir con reverencia a necesidades básicas como los actos sagrados, en apoyo de la dignidad humana (ministrar)

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales propias y del paciente. Los pacientes deben tener satisfechas las necesidades de orden inferior antes de tratar de satisfacer las de orden superior. La alimentación, la defecación/micción y la ventilación son ejemplos de las necesidades de orden inferior

de tipo biofísico, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades de orden inferior a nivel psicofísico. Los logros y la pertenencia son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal-interpersonal de orden superior (Watson, 2008, 2017).

10. Apertura y atención a los aspectos espirituales, misteriosos y desconocidos; permitir los milagros (abrir)

Watson considera que este proceso es el más difícil de entender y se puede comprender mejor a través de sus propias palabras.

«Nuestras mentes racionales y la ciencia moderna no tienen todas las respuestas a la vida y a la muerte ni a todas las condiciones humanas a las que nos enfrentamos; por tanto, tenemos que estar abiertos a los aspectos desconocidos que no podemos controlar, permitiendo incluso la entrada de lo que podríamos considerar un “milagro” en nuestra vida y nuestro trabajo. Este proceso también reconoce que el mundo subjetivo de las experiencias de la vida interna sobre uno mismo y los demás es en último término un fenómeno, un misterio insondable, que se ve afectado por muchos factores que nunca podrán ser explicados por completo.»

(Watson, 2008, p. 191)

- La enfermera trata de reconocer, detectar con precisión y conectar con la situación espiritual interna de otra persona a través de una presencia genuina y de centrarse en el momento del cuidado; las acciones, las palabras, los comportamientos, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo energético y otros aspectos contribuyen a la conexión en los cuidados transpersonales.
- La capacidad de la enfermera para conectar con los demás en este nivel transpersonal de espíritu a espíritu se traduce a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios de comunicación científicos, técnicos, estéticos y humanos, en el arte de la enfermería humana y en actos o modalidades intencionales de cuidado y curación.
- Las modalidades de cuidado-curación dentro del contexto de la conciencia transpersonal del cuidado/caridad potencian la armonía, la integridad y la unidad del ser al liberar parte de la falta de armonía, es decir, la energía bloqueada que interfiere con los procesos naturales de curación; de este modo, la enfermera ayuda a otra persona a través de este proceso a acceder al sanador que lleva dentro, en el sentido más amplio de la concepción de la enfermería de Nightingale.
- El desarrollo personal y profesional continuo y el crecimiento espiritual, así como la práctica espiritual personal, ayudan a la enfermera a acceder a este nivel más profundo de la práctica profesional de la curación, permitiendo el despertar a una condición transpersonal del mundo y una realización más completa de las «competencias ontológicas» necesarias en este nivel de la práctica avanzada de la enfermería.
- La propia historia vital de la enfermera, sus experiencias previas, las oportunidades de estudio orientado, la vivencia o experiencia de diversas condiciones humanas y la imaginación de los sentimientos de los demás en distintas circunstancias son maestros valiosos para este trabajo; hasta cierto punto, la enfermera puede adquirir el conocimiento y la conciencia necesarios mediante el trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades (p. ej., arte, teatro, literatura, historia personal o narraciones de enfermedades o viajes), junto con la exploración de los propios valores, las creencias profundas y la relación con uno mismo, con los demás y con el propio mundo.
- Otros factores facilitadores son las experiencias de crecimiento personal como la psicoterapia, la psicología transpersonal, la meditación, el trabajo bioenergético y otros modelos de despertar espiritual.
- El crecimiento continuo para desarrollar y madurar dentro de un modelo de cuidado transpersonal es permanente. La

noción de que los profesionales de la salud son sanadores heridos se reconoce como parte del crecimiento y la compasión necesarios dentro de esta teoría y filosofía (Watson, 2006).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Enfermería

Para Watson, la enfermería son «los conocimientos, pensamientos, valores, filosofía, compromisos y acciones, con cierto grado de pasión» (p. 53). Las enfermeras están interesadas en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, en promover y restablecer la salud y en prevenir la enfermedad. La teoría de Watson pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, las tareas y las técnicas prácticas, el **patrón** de la enfermería, en contraste con el **corazón** de esta, que son aquellos aspectos de la relación enfermera-paciente que dan lugar a un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal (Watson, 2005, 2012). Los 10 procesos de caridad describen los cuidados esenciales que prestan las enfermeras. Una enfermera, al participar en los procesos de caridad, al encontrarse con el paciente en una relación transpersonal y al experimentar un momento de cuidado transpersonal, facilita que el paciente alcance o mantenga la salud o muera en paz (Watson, 2008). Por el contrario, Watson describió la **curación** como un término médico que se refiere a la eliminación de la enfermedad (Watson, 1979).

Al evolucionar el trabajo de Watson, fue centrándolo cada vez más en el proceso de cuidado humano y los aspectos transpersonales de la curación-cuidado dentro de una relación de cuidado transpersonal (1999, 2005).

La obra de Watson, en constante evolución, sigue evidenciando que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y que no pueden separarse de sí mismos, de los demás, de la naturaleza y del universo en general. La curación-cuidado se sitúa en el seno de una cosmología metafísica y trascendente con el humano que evoluciona de forma conjunta con el universo (Watson, 2017).

Persona

Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como «una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza» (1996, p. 147), y dice que «la personalidad está ligada a la noción de que el alma posee un cuerpo que no está limitado por el tiempo y el espacio objetivos» (Watson, 1988, p. 45). Watson afirma: «Me propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad dentro de una visión del mundo emergente en evolución: la conexión de todo» (Watson, comunicación personal, 12 de abril de 1994). La escritura y la visión de la humanidad de Watson hacen hincapié en la interconexión del yo, los demás y la fuente (Watson, 2008). Los escritos recientes de Watson (2017) se alinean con las visiones del mundo transformadoras unitarias, insistiendo aún más en «los humanos como seres espirituales completos, totalmente

conectados y que evolucionan hacia la fuente con un campo infinito de conciencia universal y amor cósmico» (p. 9).

Salud

La definición de salud de Watson (1979) originalmente procedía de la establecida por la Organización Mundial de la Salud, como «el estado positivo de bienestar físico, mental y social con inclusión de tres elementos: 1) un alto nivel de funcionamiento físico, mental y social general; 2) un nivel general de adaptación-mantenimiento para el funcionamiento diario, y 3) la ausencia de enfermedad (o presencia de esfuerzos que permiten que no se produzca)» (p. 220). Más tarde, definió la **salud** como «la unidad y la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma», asociada al «grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado» (Watson, 1988, p. 48). Watson (1988) afirmó también que «la enfermedad no tiene siempre un matiz físico; [en su lugar se trata de] una falta de armonía o malestar subjetivo del yo o alma de la persona en algún nivel dentro de las distintas esferas que la conforman, es decir, el cuerpo, la mente o el alma, tanto consciente como inconsciente» (p. 47). «Aunque la enfermedad puede traducirse en un enfermar físico, no es necesario interpretar la salud y la enfermedad como un fenómeno continuo. Los procesos patológicos pueden ser consecuencia también de una vulnerabilidad genética o constitucional, y manifestarse cuando existe una falta de armonía. La enfermedad, a su vez, contribuye a una mayor pérdida de armonía» (Watson, 1988, p. 48).

Entorno

Watson hablaba del papel de la enfermera en el entorno como la «atención a los entornos mentales, físicos, sociales y espirituales de apoyo, protección y/o corrección» (Watson, 1979, p. 10) dentro de los factores de cuidado originales. En trabajos posteriores amplía su visión del entorno y afirma que «la ciencia del cuidado no solo sirve para mantener a la humanidad, sino también el planeta... Pertenece a un mundo espiritual universal infinito de la naturaleza y de todos los seres vivos, que es el vínculo primordial entre la humanidad y la vida misma, a través del tiempo y el espacio, de las fronteras y de las nacionalidades» (Watson, 2003, p. 305). Afirma que «los espacios de curación pueden utilizarse para ayudar a otros a trascender a la enfermedad, el dolor y el sufrimiento», haciendo hincapié en la conexión entre el entorno y la persona: «Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativas» (Watson, 2003, p. 305).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría contiene ideas amplias que abordan los fenómenos de la salud-enfermedad. La definición de Watson de cuidado, en contraposición a curación, consiste en separar la enfermería de la medicina y clasificar el conjunto de conocimientos de enfermería como una ciencia independiente. Desde 1979, la teoría se ha desarrollado hacia aclarar la relación entre la persona de

la enfermera y la persona del paciente, insistiendo en los factores existenciales-fenomenológicos y espirituales. La teoría de Watson cuenta con el apoyo fundacional de teóricos de otras disciplinas, como Carl Rogers, Erikson y Maslow.

Watson incorporó dimensiones de un cambio de paradigma posmoderno en toda su teoría del cuidado transpersonal. Sus fundamentos teóricos iniciales se han sustituido por un abordaje posmoderno, lo que ha generado un sistema más holístico, humanista y abierto, en el que aparecen la armonía, la interpretación y la autotranscendencia como reflejo de un cambio epistemológico.

APLICACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La teoría de Watson ha sido validada en entornos clínicos ambulatorios, hospitalarios y de salud comunitaria y con diversas poblaciones, incluida la aplicación a la atención de los aspectos esenciales del cuidado del paciente (Pipe et al., 2012), la vida con un respirador (Lindahl, 2011), la simulación de los cuidados (Diener y Hobbs, 2012), las madres que luchan con la enfermedad mental (Blegen et al., 2014) y mujeres con infertilidad (Arslan-Ozkan et al., 2014; Ozan et al., 2015). Jesse y Alligood (2014) aportan ejemplos de la aplicación de la teoría de Watson en la práctica enfermera.

El Attending Nursing Caring Model (ANCM) es un ejemplo de la aplicación de la ciencia del cuidado de Watson en la práctica, descrito inicialmente por Watson y Foster (2003) como aplicación de la teoría en la práctica. El ANCM fue un proyecto piloto único en un hospital infantil de Denver, que seguía el modelo del médico «responsable de la atención». Sin embargo, en contraste con el modelo de curación médico, el ANCM se refiere a los cuidados de enfermería. «Está construido como un modelo de práctica colaborativa de la ciencia de la enfermería, guiado por la teoría y basado en la evidencia, que se aplica al manejo y supervisión del tratamiento del dolor en una unidad posquirúrgica de 37 camas» (Watson y Foster, 2003, p. 363).

La influencia y presencia de la teoría de Watson sigue siendo aplicable y transformadora en sistemas hospitalarios que solicitan o desean mantener el Magnet Status. La lista de hospitales que aplican la ciencia del cuidado es cada vez mayor, y la teoría de Watson se utiliza tanto a nivel nacional como internacional para fundamentar la práctica profesional de la enfermería. Además, en relación con el WCSI, los hospitales pueden solicitar y obtener una designación de hospital con afiliación nacional a la ciencia del cuidado. Algunos de los hospitales reconocidos actualmente como afiliados nacionales a la ciencia del cuidado son Stanford Health (Palo Alto, CA), Brigham and Women's (Boston, MA), W.G. (Bill) Hefner VA Medical Center (Salisbury, NC), Colorado Children's Hospital (Denver, CO), Ascension of St.

John Hospital (Detroit, MI), Baptist Medical Center (Jacksonville, FL), Boulder Community Health (Boulder, CO) y Gunderson Lutheran Medical Center (La Crosse, WI), entre otros (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020). (Véase la página web de Watson [<http://www.watsoncaringscience.org>] para consultar ejemplos de aplicación de la teoría a la práctica y la lista completa de los afiliados nacionales del WCSI.)

Administración y liderazgo

La teoría de Watson exige que las prácticas administrativas y los modelos empresariales asuman el cuidado (Watson, 2006), incluso en un entorno sanitario en el que predomina el nivel creciente de gravedad de las personas hospitalizadas, las estancias hospitalarias cortas, la complejidad de la tecnología y las expectativas acerca de la «función» de la enfermería. Estos retos piden soluciones que exigen una reforma del sistema sanitario a un nivel profundo y ético y que permitan a las enfermeras seguir su propio modelo de práctica profesional, en lugar de limitarse a soluciones a corto plazo, como aumentar el número de camas, el pago de complementos por rendimiento o los incentivos por reubicación para las enfermeras. Muchos hospitales que tratan de conseguir el Magnet Status están consiguiendo cubrir estos retos mediante el uso de la teoría del cuidado humano de Watson para el cambio administrativo. Otros piden que se mantenga un entorno profesional basado en la definición de *aspectos esenciales del cuidado al paciente* (Pipe et al., 2012). Entre los avances recientes en la teoría de Watson con importancia para la administración están el intento de vincular la ciencia del cuidado y el liderazgo por cuantos, que incluye el trabajo de O'Grady, Pipe y Malloch (Watson et al., 2018).

Formación

Los escritos de Watson se centran en la educación de los estudiantes de posgrado de enfermería y en proporcionarles las bases ontológicas, éticas y epistemológicas para sus prácticas, junto con unas orientaciones para la investigación (Hills y Watson, 2011). La teoría del cuidado de Watson se ha enseñado en numerosos programas de formación en Enfermería, incluidos Bellarmine College (Louisville, KY), Indiana State University (Terre Haute, IN), Oklahoma City University, University of Minnesota (Minneapolis, MN) y University of Arizona (Tucson, AZ). Existen algunos programas de Enfermería creativos basados en la ciencia del cuidado excelente dentro de EE. UU.: la Viterbo University (La Crosse, WI), el Nevada State College (Henderson, NV) y la Florida Atlantic University (Boca Ratón, FL), que tiene el programa académico sobre este tema más antiguo de EE. UU. (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016). Los estudiantes de la University of Colorado pueden cursar un doctorado en enfermería centrado en las ciencias del cuidado.

Además, estos conceptos se emplean en programas internacionales de enfermería de Australia, Japón, Brasil,

Finlandia, Arabia Saudí, Suecia y el Reino Unido. El WCSI está ampliando nuevas iniciativas por todo el mundo; su extensión entre estudiantes y académicos de habla hispana continúa en América Latina. Los programas en línea en vivo con Global Cooperative, México, atrajeron recientemente a participantes de Perú, México, Uruguay y Chile (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020).

Uno de los objetivos del WCSI es la educación, por lo que ofrece numerosos cursos de formación, materiales educativos que incluyen vídeos en línea y libros, y cursos en línea para poner en práctica esta iniciativa. El WCSI ofrece una disertación interdisciplinaria en la investigación de la ciencia del cuidado, además de la formación posdoctoral en ciencia del cuidado. El WCSI ofrece programas en línea gratuitos en todo el mundo, dos de los cuales ofrecen actualmente créditos presenciales para las enfermeras participantes. El curso abierto en línea masivo (MOOC) titulado «Ciencia del cuidado, práctica consciente» enseña a los participantes la teoría de Watson e introduce los principios de la práctica consciente. El aprendizaje a distancia ofrece la oportunidad de llegar a públicos internacionales y de ampliar el conocimiento de la teoría de Watson, pero también plantea retos únicos; la obra *Watson's Caring in the Digital World* (Sitzman y Watson, 2017) proporciona una guía para la docencia de los cuidados en un entorno digital. El WCSI ofrece además vídeos en línea que describen los 10 procesos de caridad y ofrecen ejemplos de cada proceso en la práctica (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020).

Investigación

Los métodos cualitativos, naturalistas y fenomenológicos han sido identificados como particularmente relevantes para el estudio del cuidado y para el desarrollo de la enfermería como ciencia humana (Nelson y Watson, 2011; Watson, 2012). Watson sugiere que una combinación de indagación cualitativa-cuantitativa, lo que se conoce en sentido amplio como diseño de métodos mixtos, puede ser útil para avanzar en la exploración y en la comprobación de la teoría (Watson, 2008). Existe un conjunto cada vez mayor de investigaciones nacionales e internacionales que ponen a prueba, amplían y evalúan la teoría (DiNapoli et al., 2010; Nelson y Watson, 2011). A medida que avanza la literatura sobre la teoría de Watson, los investigadores van aportando una validación estadística que confirma el impacto de la teoría con ensayos controlados aleatorizados que avalan la eficacia de los cuidados de enfermería guiados por la teoría de Watson para reducir la angustia experimentada por las mujeres infértiles (Arslan-Ozkan et al., 2014). La revisión sistemática de Wei et al. (2019) sobre la investigación intervencionista utiliza la teoría de Watson, lo que refuerza la demostración del avance de la teoría.

En una comunicación sobre estudios realizados en siete países, Nelson y Watson (2011) presentan ocho encuestas sobre el cuidado y otras herramientas de investigación para la investigación sobre caridad, como las diferencias entre las

percepciones del cuidado a nivel internacional, las relaciones entre enfermeras y pacientes, y las directrices para los hospitales que desean ostentar el Magnet Status. Se ha validado el uso de numerosas herramientas para medir y evaluar las conductas de cuidado de las enfermeras y las percepciones y la satisfacción de los pacientes con respecto al cuidado (Sitzman y Watson, 2019). Se siguen validando y adaptando herramientas para medir los resultados del cuidado de numerosas poblaciones internacionales y distintos contextos culturales (Avilés González et al., 2019). El desarrollo de medidas para cuantificar los resultados de la ciencia del cuidado recibió una atención significativa con el desarrollo de la Watson Caritas Patient Score (Brewer y Watson, 2015). Actualmente Watson y el WCSI están colaborando con Press Ganey en una investigación nacional sobre caridad a través de la incorporación de cinco aspectos de la caridad en la encuesta de Press Ganey para tratar de vincular los resultados y la experiencia de cuidado que percibe el paciente, más allá de los datos centrados en los problemas (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020).

Desde 2016, se han presentado 53 tesis doctorales y proyectos de DNP en enfermería utilizando la teoría de Watson, según la base de datos sobre tesis y conferencias ProQuest. Se ha investigado una amplia gama de temas basados o vinculados con la ciencia del cuidado de Watson. Los temas escogidos reflejan principalmente los dominios de la formación en enfermería, las intervenciones clínicas y las preocupaciones de las enfermeras, lo que incluye la fatiga de la compasión en enfermería, tanto en la formación como en la práctica clínica, el liderazgo de los cuidados de salud, las intervenciones de enfermería para mejorar la comunicación con el paciente y la atención espiritual, y las intervenciones de atención holística, incluida la meditación con atención plena.

EVOLUCIÓN

Jean Watson trabaja con más de 20 países diferentes implicados en la ciencia del cuidado en aspectos de formación, programas de doctorado, práctica clínica o modelos asistenciales. Existe un compromiso mantenido en desarrollar programas globales para la ciencia del cuidado, y los esfuerzos se están centrando en la creación futura de una red global asociada sobre ciencias del cuidado de Watson global. Entre los que se han comprometido a formar parte de esta están países de Oriente Medio, Japón, Italia, de Suramérica (Perú), China y México. Otros programas, proyectos o sistemas pendientes son los correspondientes a Sudáfrica, Portugal, España, Canadá (Quebec), Corea, Singapur, Tailandia, Filipinas y Taiwán.

Watson prevé que su ciencia del cuidado influya en ámbitos interdisciplinarios del conocimiento y la práctica, dado que dicha ciencia y las perspectivas unitarias son universales y transdisciplinarias. El paradigma es una guía que honra a la persona en su conjunto, conservando la dignidad humana y

manteniendo la conciencia humana, la humanidad y las perspectivas de la acción moral informada hacia un cuidado humano auténtico, con curación y salud propia, de los demás y del planeta (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016). Las visiones incluyen nuevas normas y criterios para los hospitales y las instituciones clínicas, incluidos los programas universitarios, y nuevas formas de evidencia más allá de la empiria.

El WCSI sigue creciendo con alianzas nacionales e internacionales innovadoras. El WCSI de América Latina es una rama del WCSI que facilita las colaboraciones entre profesionales de la enfermería y que tiene presencia en Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay. El Caritas Coach Education Program se ofrecerá en línea para satisfacer las demandas globales de formación en aspectos de caridad. Recientemente, el WCSI añadió su propia rama de publicaciones, la Biblioteca Lotus, que ofrece acceso a publicaciones transdisciplinarias centradas en las ciencias humanas con muchas ofertas en español e inglés. Además, el WCSI cuenta con una nueva colaboración con la Daisy Foundation, una organización que proporciona reconocimiento y apoyo para celebrar el trabajo de las enfermeras y los educadores en enfermería (Watson, comunicación personal, 1 de junio de 2020).

CRÍTICA

Claridad

Watson utiliza un lenguaje no técnico, sofisticado, fluido y evolucionado para describir ingeniosamente sus conceptos, como el cuidado-amor y los procesos de caridad y conciencia. De forma paradójica, resulta difícil poner en práctica conceptos abstractos y sencillos, como el cuidado-amor, aunque su práctica y experiencia fomentan una mejor comprensión. En algunas ocasiones, las frases largas se comprenden mejor si se leen más de una vez. La incorporación por parte de Watson de metáforas, reflexiones personales, representaciones artísticas y poesía hace que sus conceptos se vuelvan tangibles y más atractivos a nivel estético. La crítica al trabajo de Watson se ha centrado en el uso de definiciones y términos poco definidos o cambiantes/oscilantes, y en haberse focalizado más en el aspecto psicosocial de la enfermería que en el fisiopatológico. Watson ha respondido a las críticas a su obra en el prefacio de las obras *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979, 2008), *Nursing: Human Science and Human Care-A Theory of Nursing* (1985, 1988), *Caring Science as Sacred Science* (2005) y *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing* (2017).

Sencillez

Watson se basa en varias disciplinas para formular su teoría. La teoría tiene más que ver con el *ser* que con el *hacer*, y la enfermera debe interiorizarla a fondo si quiere ponerla en práctica. Para poder comprender la teoría como se presenta, el lector debería estar familiarizado con la amplia cobertura de esta materia. Esta teoría se conceptúa como compleja cuando se tiene en consideración la naturaleza fenomenológico-existencial

de su trabajo, sobre todo por parte de enfermeras con una formación limitada en las artes liberales. Aunque algunos consideran que esta teoría es compleja, otros la consideran sencilla y fácil de aplicar en la práctica.

Generalidad

La teoría de Watson se debe comprender como una base moral y filosófica para la enfermería. Incluye aspectos generalizados de la salud y la enfermedad. Además, la teoría aborda aspectos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el logro de una muerte pacífica, lo que aumenta su generalidad. El proceso de caridad dota a esta teoría de recomendaciones para las interacciones enfermera-paciente, un aspecto importante del cuidado.

Una de las críticas es que esta teoría no proporciona indicaciones explícitas sobre lo que hay que hacer para conseguir relaciones auténticas de cuidado-curación. Las enfermeras que deseen tener unas recomendaciones concretas pueden no sentirse seguras cuando tratan de emplear solo esta teoría. Algunos han sugerido que se necesita demasiado tiempo para incorporar la caridad a la práctica, y otros señalan que el énfasis de Watson en el crecimiento personal es una cualidad «que, si bien es atractiva para algunos, puede no serlo para otros» (Drummond, 2005, p. 218).

Accesibilidad

Watson describe su teoría como descriptiva; reconoce la naturaleza evolutiva de la teoría y agradece las aportaciones de otros (Watson, 2012). Aunque la teoría por sí misma no se presta con facilidad a la realización de estudios de investigación basados en el método científico tradicional, las investigaciones recientes se han centrado en el desarrollo de intervenciones y el diseño de medidas para poder validarla mediante un diseño cuantitativo o mixto. El desarrollo que se está realizando sobre los abordajes de enfermería cualitativa es adecuado y necesario para poder explorar adecuadamente sus conceptos centrales. Un trabajo reciente sobre las medidas revisa una amplia gama de estudios internacionales y proporciona directrices para la investigación, recomendaciones sobre el diseño e instrumentos para la investigación en cuidado (Sitzman y Watson, 2019).

Importancia

La teoría de Watson sigue proporcionando una orientación metafísica útil e importante para la prestación de cuidados de enfermería (Watson, 2007). Los conceptos teóricos de esta autora, como el uso del yo, las necesidades identificadas del paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano, pueden ayudar a las enfermeras y sus pacientes a encontrar sentido y armonía durante este período de creciente complejidad. El rico y variado conocimiento de Watson sobre filosofía, artes, ciencias humanas y la ciencia tradicional y las tradiciones se ha unido a su prolífica capacidad de comunicar, lo que ha permitido a los profesionales de muchas áreas compartir y reconocer su trabajo.

RESUMEN

Jean Watson comenzó a desarrollar su teoría mientras trabajaba como vicedecana del programa de pregrado de la University of Colorado, y evolucionó hasta la planificación y puesta en práctica de su programa de doctorado en enfermería. Su primer libro comenzó como notas de clase surgidas de la enseñanza de un programa innovador e integrado. Cuando comenzó el programa de doctorado en 1978, pasó a ser su directora y coordinadora, puesto que mantuvo hasta 1981. Mientras ejercía como decana de la Facultad de Enfermería de la University of Colorado, desarrolló un programa de formación posgrado en cuidados humanos, que condujo al programa de doctorado clínico profesional, que se implantó en 1990 y posteriormente se convirtió en un grado de DNP. Watson fundó también el centro de cuidado humano, el

primer centro interdisciplinario a nivel nacional comprometido en el desarrollo y uso de los conocimientos sobre el cuidado humano para la práctica y la formación teórica. Trabajó sobre los 11 factores curativos de Yalom para formular sus 10 factores de cuidado. Con el tiempo modificó estos ligeramente y desarrolló los procesos de caridad con una dimensión espiritual y un lenguaje más fluido y evolucionado.

A lo largo de más de 40 años de trabajo y estudio, la teoría de Watson ha evolucionado y crecido. Se utiliza ampliamente para orientar la práctica profesional de la enfermería y los planes de estudios de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional. Watson sigue escribiendo, presentando y compartiendo sus palabras y su sabiduría con las numerosas enfermeras y estudiosos que utilizan y se basan en su teoría.

CASO CLÍNICO

Un recluso de 62 años ingresa en este hospital procedente de la prisión por dolor torácico. Se realizaron pruebas para descartar un posible infarto de miocardio, por lo que fue ingresado en la unidad coronaria. Dado que se trataba de un recluso, durante su ingreso hospitalario contaba con vigilancia policial en el exterior de la habitación y tenía que permanecer esposado a los barrotes de la cama. En la evaluación inicial, la enfermera de admisión observó que el paciente estaba abatido. La enfermera descubre que el

paciente tiene un dilatado historial de abuso de múltiples sustancias. Descubrió que había consumido de forma abusiva múltiples sustancias y que sus comportamientos adictivos lo llevaron a prisión y al alejamiento de su familia. El paciente expresó su deseo de ver al capellán durante el ingreso.

- Describa ejemplos de cómo la enfermera puede proporcionar cuidados a este paciente según cada uno de los 10 procesos de caridad.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Compare los valores y creencias de su propia filosofía sobre la persona, el medio ambiente, la salud y la enfermería con los 10 procesos de caridad de Watson.
2. Elabore una lista de conductas de cuidado en su propia práctica de la enfermería. Revise *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* (Sitzman y Watson, 2019), y compare su lista con las conductas de cuidado de los instrumentos diseñados para medir el cuidado.
3. Planifique un momento y elija un lugar para meditar durante 10 min a la semana, cerrando los ojos y escuchando música tranquila. Reflexione sobre los métodos para sentirse compasivo, intencional, tranquilo y en paz. Plantéese la forma de incorporar las ideas derivadas de esta reflexión al estilo de práctica de la enfermería que realiza.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Hills, M., & Watson, J. (2011). *Creating a caring science curriculum: An emancipatory pedagogy for nursing*. New York: Springer.
- Jesse, D. E., & Alligood, M. R. (2014). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization application* (5th ed., pp. 96–117). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Watson, J. (1989). *The nurse theorists: Portraits of excellence* [cinta de vídeo, CD, DVD]. Disponible en Fitne, Inc., Athens, OH, at <http://www.fitne.net/>.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. Boston: Jones & Bartlett.
- Watson, J. (2017). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing*. Louisville, CO: University Press of Colorado.
- Se puede obtener más información sobre la ciencia del cuidado de Watson en <http://www.watsoncaringscience.org>.

BIBLIOGRAFÍA

- Arslan-Ozkan, I., Okumus, H., & Buldukoglu, K. (2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1801–1812.
- Blegen, N. E., Eriksson, K., & Bondas, T. (2014). Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 852.
- Brewer, B. B., & Watson, J. (2015). Evaluation of authentic human caring professional practices. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(12), 622–627.
- Diener, E., & Hobbs, N. (2012). Simulating care: Technology-mediated learning in twenty-first century education. *Nursing Forum*, 47(1), 34–38.
- DiNapoli, P., Nelson, J., Turkel, M., & Watson, J. (2010). Measuring the caritas processes: Caring factor survey. *International Journal for Human Caring*, 14(3), 17–20.
- Drummond, J. (2005). Caring science as sacred science. [Book review.]. *Nursing Philosophy*, 6, 218–220.
- Leininger, M. (1979). Preface. In J. Watson (Ed.), *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.
- Levinas, E. (1969). *Totality and infinity*. (A. Lingis, Trans.). Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Lindahl, B. (2011). Experiences of exclusion when living on a ventilator: Reflections based on the application of Julia Kristev's philosophy of caring. *Nursing Philosophy*, 12(1), 12–21.
- Logstrup, K. E. (1995). *Metaphysics* (Vol. 1). Marquette: University: Milwaukee.
- Nelson, J., & Watson, J. (2011). *Measuring caring: International research on caritas as healing*. New York: Springer.
- Ozan, Y. D., Okumus, H., & Lash, A. A. (2015). Implementation of Watson's theory of human caring: A case study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 25–35.
- Pipe, T., Connolly, T., Spahr, N., Lenzion, N., Buchda, V., Jury, R., et al. (2012). Bringing back the basics of nursing: Defining patient care. *Nursing Administration Quarterly*, 36(3), 225–233.
- Sakalys, J., & Watson, J. (1986). Professional education: Post-baccalaureate education for professional nursing. *Journal of Professional Nursing*, 2(2), 91–97.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2017). *Watson's caring in the digital world: A guide for caring when interacting, teaching, and learning in cyberspace*. New York: Springer.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2018). *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory* (2nd ed). New York: Springer.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2019). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences: Watson's caring science guide* (3rd ed). New York: Springer.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.
- Watson, J. (1981). Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*, 29, 413–416.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care—a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1986, December). *The dean speaks out: Center for human caring established*. The University of Colorado School of Nursing News, 1–6.
- Watson, J. (1987). Nursing on the caring edge: Metaphorical vignettes. *Advances in Nursing Science*, 10(1), 10–18.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care—a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1995). Post modernism and knowledge development in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 60–64.
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P. J. Walker, & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 141–184). New York: National League for Nursing Press.
- Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49–52.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2002). *Instruments for assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer.
- Watson, J. (2003). Caring science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*, 18(4), 304–305.
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48–55.
- Watson, J. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 13–15.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised & Updated Edition). Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing*. Louisville, CO: University Press of Colorado.
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence, and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 360–365.
- Watson Caring Science Institute, International Caritas Consortium. <http://www.watsoncaringscience.org>.
- Wei, H., Fazzone, P. A., Sitzman, K., & Hardin, S. R. (2019). The current intervention studies based on Watson's theory of human caring: A systematic review. *International Journal for Human Caring*, 23(1), 4–22.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Bevis, E. O., & Watson, J. (2000). *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. reprinted. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Lane, M. R., Samuels, M., & Watson, J. (2012). *The caritas path to peace: A guide for creating world peace with caring, love, and compassion*. Gainesville, FL: M.R. Lane Publisher.
- Lee, S., Palmieri, P., & Watson, J. (2017). *Global advances in human caring literacy*. New York, NY: Springer.
- Rosa, W., Horton-Deutsch, S., & Watson, J. (2018). *Handbook for caring science: Expanding the paradigm*. New York, NY: Springer.

Watson, J. (2011). *Postmodern nursing and beyond* (New edition). Boulder, CO: Watson Caring Science Institute.

Capítulos y monografías

- Watson, J. (2011). Jean Watson: Personal experience and background in being a nurse theorist. In K. L. Sitzman, & L. W. Eichelberger (Eds.), *Understanding the work of nurse theorists* (2nd ed, pp. 55–58). Boston: Jones & Barlett.
- Watson, J. (2013). Curriculum and student advisement reflection. In D. D. Hunt (Ed.), *The new nurse educator*. New York: Springer.
- Watson, J. (2014). Social/moral justice from caring science cosmology. In P. N. Kagan, M. C. Smith, & P. L. Chinn (Eds.), *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis* (pp. 101–105). Oxford, UK: Routledge.
- Watson, J. (2014). Integrative nursing: Caring science—human caring and peace. In M. J. Kreitzer, & M. Koithan (Eds.), *Integrative nursing*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Watson, J. (2017). Global human caring for a sustainable world. In W. Rosa (Ed.), *A new era in global health: Global nursing and the United Nations 2030 sustainable development agenda* (pp. 227–245). New York: Springer.
- Watson, J. (2018). Reflection on teaching and sustaining human caring. In D. D. Hunt (Ed.), *The new nurse educator* (2nd ed). New York: Springer.
- Watson, J. (2018). 'Manthan' philosophical core in my life. In G. Miyataki (Ed.), *The journey within. Inside Stories from East and West*. Honolulu, HI: Watermark Pub.
- Watson, J., & Browning, R. (2019). Caring science and heart science: A guide to heart-centered praxis. In W. Rosa, S. H.o.r.t.o.n.-D.e.u.t.s.c.h., & J. Watson (Eds.), *A handbook for caring science: Expanding the paradigm* (pp. 119–131). New York, NY: Springer Publishing.

Artículos de revistas

- Almukhaini, S., Goldberg, L., & Watson, J. (2019). Embodying caring science as Islamic implications for nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 43(1), 62–74.
- Aviles Gonzalez, C. I., Galletta, M., Melis, P., Contu, P., Watson, J., Finco, G., & Jimenez Herrera, M. F. (2019). Cultural adaptation and psychometric validation of the Caring Efficacy Scale in Italian nurses. *PLoS ONE*, 14(5), Article e0217106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217106>.
- Breneol, S., Goldberg, L., & Watson, J. (2019). Caring for children who are technology-dependent and their families. The application of Watson's caring science to guide nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 42(2), E13–E23.
- Cowling, R., Smith, M., Watson, J., & Newman, M. (2008). The power of wholeness, consciousness, and caring. A dialogue on nursing science, art, and healing. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E41–E51.
- Giovannoin, J., McCoy, K. T., Mays, M., & Watson, J. (2015). Probation officers reduce their stress by cultivating the practice of loving-kindness with self and others. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 325–343.
- Goldberg, L., Rosenberg, N., & Watson, J. (2017). Rendering LGBTQ+ visible in nursing: Embodying the philosophy of caring science. *Journal of Holistic Nursing*, 36(3), 262–271.
- Howie, L., Rankin, J., & Watson, J. (2013). An evaluation of the Scottish multiprofessional maternity development programme (SMMDP). *Midwifery Matters*, 138, 5–6.
- King, C., Rossetti, J., Smith, T. J., Raison, M., Gallegos, D., Gorman, R., Moscatel, S., Smyth, S., & Watson, J. (2019). Effects of a mindfulness activity on nursing service staff perceptions of caring behaviors in the workplace. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health*, 57(11), 28–36.
- Koithan, M., Kreitzer, M. J., & Watson, J. (2017). Linking the Unitary Paradigm to Policy through a synthesis of caring science and integrative nursing. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 262–268.
- Ozkan, I. A., Okumus, H., Buldukoglu, K., & Watson, J. (2013). A case study based on Watson's theory of human caring: Being an infertile woman in Turkey. *Nursing Science Quarterly*, 26(4), 352–359.
- Revels, A., Goldberg, L., & Watson, J. (2016). Caring Science: A theoretical framework for palliative care in the emergency department. *International Journal of Human Caring*, 20(4), 1–7.
- Rosa, W. E., Dossey, B. M., Watson, J., Beck, D. M., & Upvall, M. J. (2019). The United Nations Sustainable Development Goals: The ethic and ethos of holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 37(4), 381–393.
- Rosa, W., Estes, T., & Watson, J. (2017). Caring science conscious dying: An emerging metaparadigm. *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 58–64.
- Turkel, M., Fawcett, J., Chinn, P. L., Eustace, R., Hansell, P. S., & Smith, M. (2018). Thoughts about advancement of the discipline: Dark clouds and bright lights. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 82–85.
- Turkel, M. C., & Watson, J. (2014). Advancing caring science through international collaboration and partnerships. *International Journal of Human Caring*, 18(4), 65.
- Turkel, M., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring science versus science of caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 1–6.
- Watson, J. (2004). The relational core of nursing practice as partnership. [Invited commentary.] *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 241–250.
- Watson, J. (2005). Caring for our future: An interview with Jean Watson. [Interview by Carla Mariano.] *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*, 25(3), 12–14.
- Watson, J. (2005). Caring science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*, 18(4), 304–305.
- Watson, J. (2005). Nurse-patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 530–532.
- Watson, J. (2005). What, may I ask, is happening to nursing knowledge and professional practices? What is nursing thinking at this turn in human history? *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 913–914.
- Watson, J. (2005). Current issues and haunting concerns for survival of nursing profession. *Japanese Journal of Nursing Science*, 30(11), 50–53.
- Watson, J. (2005). *An overview of Watson's theory of human caring*. Tokyo, Japan: Bulletin of Japanese Red Cross University College of Nursing.
- Watson, J. (2006). Can an ethic of caring be maintained? *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 257–259.

- Watson, J. (2006). Carative factors—caritas processes guide to professional nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*, 20(3), 21–27.
- Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONAS Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8(3), 87–93.
- Watson, J. (2006). Frontline and backstage caring: American nurse/world-wide nurses. *American Nurse Today*, 1(1), 24–28.
- Watson, J. (2006). Walking pilgrimage as caritas action in the world. *Journal of Holistic Nursing*, 24(4), 289–296.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Disciplinary guide to professional nursing practice. *Brazilian Clinical Nursing Journal: Texto and Contexto*, 16(1), 129–135.
- Watson, J. (2008). Social justice and caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creative Nursing: A Journal of Values, Issues, Experience & Collaboration*, 32(1), 15–20.
- Watson, J. (2009). Caring as the essence of nursing and health care. *Mundo da Saude*, 3(2), 143–149.
- Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: Transforming personal/professional practice in nursing and healthcare. *Journal of Health and Human Services Administration. Symposium Issue*, 31(4), 466–482.
- Watson, J. (2010). Florence Nightingale and the enduring legacy of transpersonal human caring-healing. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 107–108.
- Watson, J. (2010). Caring science: The next decade of holistic healing. *Beginnings*, 30(2), 14–16.
- Watson, J. (2012). Touching the heart of our humanity: The caritas path of peace. *Japanese Journal of Nursing Research*, 45(6), 528–537.
- Watson, J. (2014). Caring science in nursing: Coming of age in theory-practice-research. *Chinese Journal of Nursing Science*, 29(1), 1–3.
- Watson, J. (2015). The fourfold way toward global leadership. *Chinese Nursing Management Journal*, 15(3), 257–258.
- Watson, J. (2015). Editorial: Human caring research in nursing. *Revista Enfermia Bogota Colombia UnivJaverina. Journal Online*, 17(2), 13–16.
- Watson, J. (2015). Human caring research in nursing. *Inicio*, 17(2), 13–16.
- Watson, J. (2018). Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creative Nursing*, 24(1), 11–18.
- Watson, J. (2018). Unitary caring science as sacred science: Social/Sacred action research. *Japanese Journal of Nursing Research*, 51(4), 344–348.
- Watson, J. (2019). A tarot reading of nursing: Past, present, future. *International Journal for Human Caring*, 22(4), 209–216.
- Watson, J., & Brewer, B. (2015). Caring science research, criteria, evidence, measurement. *Journal of Nursing Administration*, 45(5), 235–236.
- Watson, J., Porter-O'Grady, T., Horton-Deutsch, S., & Malloch, K. (2018). Quantum caring leadership: Integrating quantum leadership with caring science. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 253–258.
- Watson, J., Russel, M., Creanery, P., Walker, L., & Walsh, M. (2014). Peer review in supervision. *Midwives*, 17(5), 52–53.
- Wei, H., & Watson, J. (2018). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17–23.

Marilyn Anne Ray: teoría de la atención burocrática

Sherrilyn Coffman



Marilyn Anne Ray
(1938-actualidad)

«Las mejoras en la seguridad de los pacientes, el control de las infecciones, la reducción de los errores de medicación y la calidad general de la atención en los complejos sistemas burocráticos de atención sanitaria no pueden lograrse sin conocer y comprender organizaciones complejas, como los sistemas políticos y económicos, y el cuidado ético-espiritual, la compasión y la acción correcta para todos los pacientes y profesionales.»

(Ray, comunicación personal, 15 de mayo de 2012)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Marilyn Anne (Dee) Ray nació en Hamilton, Ontario, Canadá, y creció en una familia de seis hijos. Cuando Ray tenía 15 años su padre estuvo gravemente enfermo, ingresó en un hospital y estuvo a punto de morir. Una enfermera le salvó la vida. Marilyn decidió hacerse enfermera para poder ayudar a los demás y acaso también salvarles la vida.

En 1958, Marilyn Ray se diplomó en la Escuela de Enfermería del St. Joseph Hospital en Hamilton y se trasladó a Los Ángeles, California, donde trabajó en el Los Angeles Medical Center de la University of California, en diferentes unidades de pacientes. Mientras trabajaba con pacientes afroamericanos y latinos, Ray observó lo importantes que eran las culturas en el desarrollo de los puntos de vista de las personas sobre la enfermería y el mundo.

En 1965, Ray volvió a estudiar para obtener la licenciatura en Enfermería y un máster en la Escuela de Enfermería de la University of Colorado, donde conoció a la Dra. Madeleine Leininger, una enfermera antropóloga y directora del programa federal de enfermería científica. Mediante su mentoraje, Leininger influyó en la vida de Ray que se interesó de manera especial por la enfermería, la antropología, la infancia y la cultura. Estudió organizaciones como pequeñas culturas y su proyecto en la facultad incluyó el estudio de un hospital infantil como una pequeña cultura. Mientras estaba en la University of Colorado, Ray ejerció con niños y adultos, en

cuidados intensivos, diálisis renal y en enfermería de salud ocupacional.

En la década de 1960, Ray adquirió la ciudadanía estadounidense y posteriormente obtuvo el rango de oficial en el Cuerpo de Enfermería (y Guardia Nacional Aérea) de la Reserva de la Fuerza Aérea de EE. UU. Se graduó como enfermera de vuelo en la School of Aerospace Medicine de la Base de la Fuerza Aérea de Brooks (San Antonio, Texas) y ejerció como enfermera de evacuación aeromédica. Atendió bajas de combate y a otro tipo de pacientes a bordo de diferentes aeronaves durante la guerra de Vietnam. Ray ha servido durante más de 30 años en diferentes cargos en la fuerza aérea estadounidense (USAF) –enfermera de vuelo, enfermera clínica, administradora, educadora e investigadora– y ha ostentado el rango de coronel. Su interés en la enfermería espacial la estimuló a asistir al programa de educadores en el Centro de Vuelos Espaciales Marshall de Huntsville (Alabama). Sigue siendo miembro estatutario de la Space Nursing Society, actualmente inoperativa. En 1990 acudió a la Unión Soviética con la Aerospace Medical Association cuando la Unión Soviética abrió sus operaciones espaciales a ingenieros espaciales y médicos estadounidenses. Ray volvió al servicio activo durante la guerra del Golfo Pérsico en 1991 y fue destinada a la Base de la Fuerza Aérea Eglin (Valparaíso, Florida), donde organizó la planificación de las altas y realizó investigaciones. Está reconocida como veterana de la USAF.

Ray ha recibido múltiples medallas, entre ellas una mención de honor de las Fuerzas Aéreas por los avances en educación e investigación en enfermería recibidos durante su carrera en las Fuerzas Aéreas. En el año 2000 recibió el Premio al Ensayo de

Fotografía: Lifetouch, Eden Prairie, MN.

Servicios Federales de Enfermería de la Association of Military Surgeons de EE. UU. por su investigación sobre la influencia de TRICARE/ Managed Care on Total Force Readiness. El galardón reconocía su programa de investigación sobre economía y la relación enfermera-paciente, que recibió una subvención de cerca de un millón de dólares del TriService Military Nursing Research Council. En 2008 recibió la TriService Nursing Research Program Coin por la excelencia en investigación enfermera.

Los primeros cargos docentes de Ray en enfermería fueron en la University of San Francisco y en la University of California, San Francisco, con Glaser y Strauss, autores del método de la teoría fundamentada. Estaba interesada en el estudio de la enfermería como una cultura y tuvo la oportunidad de enseñar a estudiantes de diferentes culturas americanas y asiáticas. En 1971 viajó a México con otros compañeros para estudiar antropología y salud.

De 1973 a 1977, Ray regresó a Canadá para estar con su familia y se incorporó a la facultad de enfermería de la McMaster University en Hamilton, Ontario. Este fue un momento estimulante, porque el Health Sciences Center de la McMaster University estaba iniciando la enseñanza teórica y práctica basada en datos científicos. Ray completó un máster en Antropología Cultural en la McMaster University y estudió las relaciones humanas, la toma de decisiones y la resolución de conflictos, así como el hospital como cultura organizativa. La Dra. Leininger la invitó a presentar su solicitud para el primer programa doctoral transcultural en enfermería en la University of Utah. La tesis doctoral de Ray (1981b) fue un estudio sobre los cuidados en la compleja cultura organizativa hospitalaria. A partir de esta investigación se descubrió y desarrolló la teoría de la atención burocrática, núcleo de este capitulo.

Durante sus estudios de doctorado, Ray se casó con James L. Drosesbeke, su inspiración y amigo, y el amor de su vida. Fue una fuente de apoyo y ayuda constante durante toda su carrera, hasta su temprana muerte por cáncer en 2001. Después de obtener el doctorado en 1981, Ray volvió a integrarse en la School of Nursing de la University of Colorado, donde trabajó con Jean Watson, quien desarrolló la teoría y la práctica del cuidado humano en enfermería. Con Watson y otros expertos, Ray ayudó a fundar la International Association for Human Caring, que la reconoció con su Premio Lifetime Achievement en 2008 y con el Premio Legacy of Caring en 2019.

En la década de 1980, en la University of Colorado, Ray continuó su estudio de la fenomenología y los enfoques de investigación cualitativa y dirigió diferentes tesis. En 1989, Ray fue designada como Christine E. Lynn Eminent Scholar en la Florida Atlantic University, College of Nursing, un puesto que mantuvo hasta 1994. La Florida Atlantic University desarrolló el Center for Caring, que ha acogido los archivos sobre cuidados y atención desde la creación en 1978 de la International Association for Human Caring. Ray ocupó el cargo de Yingling Visiting Scholar Chair en la School of

Nursing de la Virginia Commonwealth University desde 1994 hasta 1995 y fue profesora invitada en la University of Colorado de 1989 a 1999. Ray ha sido profesora invitada en universidades de Australia, Nueva Zelanda y Tailandia, donde ha promovido el avance de la enseñanza y la investigación del cuidado humano (Ray, 1994b, 2000, 2010b, 2016; Ray y Turkel, 2000, 2015). Ray ha escrito varias publicaciones teóricas y de investigación en asistencia transcultural, ética transcultural e investigación asistencial.

Ray sigue siendo profesora emérita en la Facultad de Enfermería Christine E. Lynn de la Florida Atlantic University, como colaboradora en el programa de doctorado, mentora académica y, actualmente, como enlace de colaboración en el programa Caring-Based Academic Partnerships in Excellence: Veteran RNs in Primary Care (beca CAPE-V HRSA). El interés de Ray en la enfermería transcultural sigue siendo tema de su investigación, su docencia y su práctica. En su puesto de enlace con la asociación, ha desarrollado módulos de enseñanza relacionados con la transición de la cultura militar a la de los veteranos y de esta a la de los estudiantes de enfermería de atención primaria. Con la Dra. Sherrilyn Coffman, completó un estudio de investigación teórica de campo sobre mujeres afroamericanas embarazadas de alto riesgo (Coffman y Ray, 1999, 2002). A partir del conocimiento de las poblaciones vulnerables, Ray comprendió más profundamente sus necesidades, en especial la importancia del acceso a la atención sanitaria y las comunidades de cuidados. Ray fue vicepresidente de Floridians for Health Care (atención sanitaria universal) entre 1998 y 2000. Es una Certified Transcultural Nurse y miembro de la International Transcultural Nursing Society. Ha realizado presentaciones a escala internacional en Canadá, Japón, Filipinas, China, Arabia Saudí, Suecia, Finlandia, Inglaterra, Suiza, Tailandia y Vietnam. En 1984, Ray recibió el Premio Leininger Transcultural Nursing a la excelencia en enfermería transcultural. En 2005, fue nombrada Transcultural Nursing Scholar por la International Transcultural Nursing Society. Ray figura en el *Who's Who in America* y en el *Who's Who in the World* y en 2010 presentó un artículo sobre las organizaciones asistenciales en el World Universities Forum en Davos, Suiza (Ray, 2010a). Asistió a un programa de estudio en las Naciones Unidas relacionado con la implementación de los objetivos del milenio para 2015 (y recientemente, junto con otros académicos, contribuyó a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU para 2030 en *Nursing Science Quarterly*, 2020). Ray forma parte de los consejos de revisión de las revistas *Journal of Transcultural Nursing* y *Qualitative Health Research*. También ha publicado *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care* (Ray, 2010c), que fue revisado en 2016. El libro coeditado por ella, *Nursing, Caring, and Complexity Science: For Human-Environment Well-Being*, recibió el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing* en 2011.

Los intereses de investigación de Ray siguen centrándose en las enfermeras, los administradores de enfermería y los pacientes de cuidados intensivos y cuidados intermedios, así

como en la administración de enfermería en culturas organizativas hospitalarias complejas. Desarrolló una investigación con la Dra. Marian Turkel para estudiar la relación enfermera-paciente como recurso económico, financiada por el programa TriService de investigación en enfermería (Ray y Turkel, 2014, 2019; Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003). Con Turkel, Ray ha publicado trabajos en las áreas de la teoría de las relaciones asistenciales complejas, la transformación organizativa mediante la toma de decisiones asistenciales y éticas, el desarrollo de instrumentos organizativos económicos y políticos y la creación de organizaciones asistenciales. Recientemente propusieron cambiar el nombre de proceso de enfermería por el de lenguaje de los cuidados en *Nursing Science Quarterly* (Turkel et al., 2012). La continuada participación en la Florida Atlantic University ha otorgado a Ray la oportunidad de influir en organizaciones complejas y de cuidados y en entornos amplios en contextos locales, nacionales y globales. Sus contribuciones a la formación de la enfermería fueron reconocidas en 2005 con un grado honorario del Nevada State College en 2005 y con el Premio a los Alumnos Distinguidos del University of Utah Nursing College en 2007; Ray es miembro activo de la Society for Applied Anthropology. En 2013 entró como miembro en la American Academy of Nursing (AAN). Ray también es miembro distinguido honorario de la European Society for Person-Centered Care y miembro distinguido de las National Academies of Practice. Su teoría del cuidado burocrático aparece en el sitio web dedicado a sostener el desarrollo y el avance de las teorías de enfermería de los Dres. Peggy Chinn y Jacqueline Fawcett, www.nursology.net. Además, la teoría de la atención burocrática fue seleccionada como piedra angular/marco estructural para la iniciativa de la práctica basada en la evidencia por parte de la jefa del cuerpo de sanidad de la USAF, la teniente general Dorothy Hogg, y para las iniciativas educativas por la coronel de la USAF Marcia Potter, DNP, FNP, el modelo de práctica profesional de colaboración para los cuidados centrados en la persona (PC2P) del sistema sanitario militar, el organismo sanitario de defensa Tri-Services, la USAF, el ejército y la armada, con la consiguiente repercusión en el cuidado de la salud de 10 millones de beneficiarios en todo el mundo.

FUENTES TEÓRICAS

El interés de Ray por los cuidados como tema de estudio de la enfermería se vio estimulado por su trabajo con Leininger en 1968, que se centró en la enfermería transcultural y en los métodos de investigación en etnografía-etnoenfermería. Utilizó métodos etnográficos en combinación con la fenomenología y la teoría fundamentada para generar teorías fundamentadas sustantivas y formales, lo que dio lugar a la teoría general de la atención burocrática (Ray, 1981b, 1984, 1989, 1994b, 2010b, 2011; Ray y Turkel, 2015), que se centra en la enfermería en organizaciones complejas como los hospitales. Distingue a las organizaciones como culturas basándose

en el estudio antropológico de cómo se comportan las personas en las comunidades y el significado o sentido de la vida laboral (Louis, 1985). Las culturas organizativas, vistas como construcciones sociales, se forman simbólicamente a través del significado en la interacción (Ray, 2018; Smircich, 1985).

El trabajo de Ray (1981a, 1989, 2010b; Moccia, 1986) estuvo influido por Hegel, quien planteó la interrelación entre tesis, antítesis y síntesis. En la teoría de Ray, la tesis del cuidado (humanista, espiritual y ética) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se reconcilian y sintetizan en una fuerza unitiva de cuidados burocráticos. La síntesis, como un proceso de conversión, es una transformación que continúa repitiéndose siempre cambiante, emergente y transformadora.

Mientras seguía desarrollando su teoría formal, Ray (2001, 2006; 2018; Ray y Turkel, 2015) descubrió que los resultados de su estudio encajaban bien con las explicaciones de la teoría del caos. La teoría del caos describe el orden y el desorden simultáneos, y el orden dentro del desorden. Existe un orden o interconexión subyacente en acontecimientos aparentemente aleatorios (Peat, 2002). Los estudios matemáticos han demostrado que lo que puede parecer aleatorio realmente forma parte de un patrón más extenso. La aplicación de esta teoría a las organizaciones demuestra que dentro de un estado de caos, el sistema se mantiene dentro de unos límites que están bien ordenados (Wheatley, 2006). Además, el caos es necesario para una nueva ordenación creativa. El proceso creativo es descrito por Briggs y Peat de la siguiente forma:

«Cuando entramos en la turbulencia vital de la vida, nos damos cuenta de que, en el fondo, todo es siempre nuevo. Con frecuencia simplemente no nos hemos dado cuenta de este hecho. Cuando somos creativos, nos damos cuenta.»

(Briggs y Peat, 1999, p. 30)

Ray compara el cambio en las organizaciones complejas con este proceso creativo y reta a las enfermeras a dar un paso atrás y renovar sus percepciones de los acontecimientos cotidianos para descubrir los significados integrados. Esto es particularmente importante durante el cambio organizativo. La complejidad es un concepto más general que el caos y se centra en la totalidad o en la holonomía. Los sistemas complejos, como las organizaciones, tienen muchos agentes interactuando de múltiples maneras. En consecuencia, estos sistemas son dinámicos y siempre están cambiando. Los sistemas se comportan de una manera no lineal porque no reaccionan de manera proporcional a las entradas. Por ejemplo, una intervención sencilla como pedir ayuda a un compañero, se puede hacer con facilidad o considerarse poco razonable en un día de mucho trabajo, lo que hace que el comportamiento humano en los sistemas complejos sea imposible de predecir (Davidson et al., 2011; Vicenzi et al., 1997). Briggs y Peat (1999) describen la «totalidad caótica» como «llena de particularidades, activas e interactivas, animadas por una retroalimentación no

lineal y capaces de producir todo, desde sistemas autoorganizados hasta la autosimilitud fractal, pasando por un desorden caótico impredecible» (pp. 156–157). Sus ideas influyeron en el desarrollo continuo de Ray de la teoría de la atención burocrática, que sugiere que múltiples entradas del sistema están interconectadas con el cuidado en la cultura organizativa (Davidson et al., 2011; Ray, 2018; Ray et al., 2011).

La idea de Ray de la teoría de la atención burocrática como holográfica se vio influida por la revolución que está teniendo lugar en la ciencia basada en una visión holográfica del mundo (Davidson et al., 2011; Ray, 2001, 2006, 2016; Ray y Turkel, 2015). El descubrimiento de las interconexiones entre sucesos subatómicos aparentemente no relacionados ha intrigado a los científicos. Los científicos llegaron a la conclusión de que los sistemas poseen la capacidad de autoorganizarse; por lo tanto, la atención se está desplazando de las partes a un enfoque en la totalidad como un proceso real (Wheatley, 2006). La conceptualización del holograma retrata cómo cada estructura se interpenetra y es interpenetrada por otras estructuras, de modo que la parte es el todo, y el todo refleja cada parte (Talbot, 1991). El holograma ofreció a los científicos una nueva forma de conocer el orden. Bohm conceptualizó el universo como una especie de holograma gigante que fluye (Davidson et al., 2011; Talbot, 1991). Afirmó que nuestra realidad diaria es una ilusión, como una imagen holográfica. Bohm denominó a nuestro nivel consciente de la existencia el **orden explícito/explicado** o **desplegado**, y a la capa más profunda de la realidad de la que los humanos no suelen ser conscientes **orden implícito/implicado** o **plegado**.

En la teoría de la atención burocrática, Ray compara las estructuras sanitarias de los sistemas político, jurídico, económico, educativo, fisiológico, sociocultural y tecnológico con el orden explícito, y el cuidado ético-espiritual con el orden implícito. Las decisiones de un gerente sobre la obtención de recursos para los cuidados de un cliente en su domicilio es un ejemplo. A primera vista, las estructuras explícitas, como el contrato legal de medicina gestionada o de atención primaria o las necesidades físicas del cliente, parece que son información suficiente. Sin embargo, a través de la relación asistencial del gerente del caso con el cliente surgen aspectos implicados, como los valores y deseos del cliente. En realidad, la situación de la enfermería incluye un infinito plegado y desplegado de información que puede verse como un orden explicado e implicado, y es importante considerarlo en el proceso de la toma de decisiones.

Hacer que las cosas funcionen en un sistema organizativo sanitario requiere conocer y comprender la burocracia y la complejidad del cambio. Burocracia y complejidad pueden parecer antitéticas, pero en realidad la estructura de la burocracia (explicar sistemas políticos, económicos, legales y tecnológicos en las organizaciones) funciona junto con el complejo proceso relacional de redes para cocrear patrones de conducta humana y patrones de relaciones de cuidado. Burocracia y complejidad influyen en cómo los diversos participantes describen y viven intuitivamente su experiencia vital en el

sistema. Nada ni nadie de un sistema es independiente; más bien todos son interdependientes. El sistema es holográfico, ya que el todo y la parte se entrelazan. Por tanto, burocracia y complejidad se cocrean y transforman entre sí. La teoría de la atención burocrática es una representación de la relación entre factores del sistema y del cuidado.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La teoría de la atención burocrática se generó a partir de una investigación cualitativa en la que participaron profesionales de la salud y clientes en el ámbito hospitalario. Esta investigación se centró en el cuidado en la cultura organizativa y apareció por primera vez en la tesis doctoral de 1981, y en otra bibliografía de 1984, 1989 y 2010a. La tesis generó una teoría de la estructura dinámica del cuidado en una organización compleja. Los métodos utilizados fueron la teoría fundamentada, la fenomenología y la etnografía para obtener el significado del cuidado que tenían los participantes en el estudio. El proceso de la teoría fundamentada lleva a la evolución de la teoría sustantiva (datos asistenciales generados en la experiencia) y la teoría formal (síntesis integrada de las estructuras asistenciales y burocráticas). Ray estudió los cuidados en todas las áreas de un hospital, desde la práctica enfermera a la gestión de materiales en la administración, incluida la administración de enfermería. Más de 200 personas participaron en la muestra intencional y de conveniencia. La principal pregunta planteada fue: «¿Qué significa el cuidado para usted?». A través del diálogo, el cuidado evolucionó a partir de las entrevistas en profundidad, la observación de los participantes, la observación del cuidado y la documentación (Ray, 1989, 2010a, 2018).

El descubrimiento de Ray sobre el cuidado burocrático comenzó como una teoría sustantiva y evolucionó hasta convertirse en una teoría formal. La teoría sustantiva surgió como un cuidado diferencial –es decir, el significado del cuidado se diferencia por su contexto–. Las dimensiones dominantes del cuidado varían según las áreas de práctica o las unidades hospitalarias. Por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos tiene un valor dominante de cuidados tecnológicos (p. ej., monitores, ventiladores, tratamientos y farmacoterapia), y una unidad de oncología tiene un valor de un cuidado más íntimo y espiritual (p. ej., centrado en la familia, consolador y compasivo). Las enfermeras de las unidades de hospitalización valoran los cuidados en relación con los pacientes y los administradores los valoran en relación con el sistema, por ejemplo, como salvaguarda del bienestar económico del hospital.

La teoría formal de la atención burocrática simbolizaba una estructura dinámica del cuidado. Esta estructura se origina en la dialéctica entre la tesis del cuidado humanístico (es decir, estructuras sociales, educativas, éticas y religiosas-espirituales) y la antítesis, el cuidado burocrático (es decir, estructuras económicas, políticas, legales y tecnológicas). La

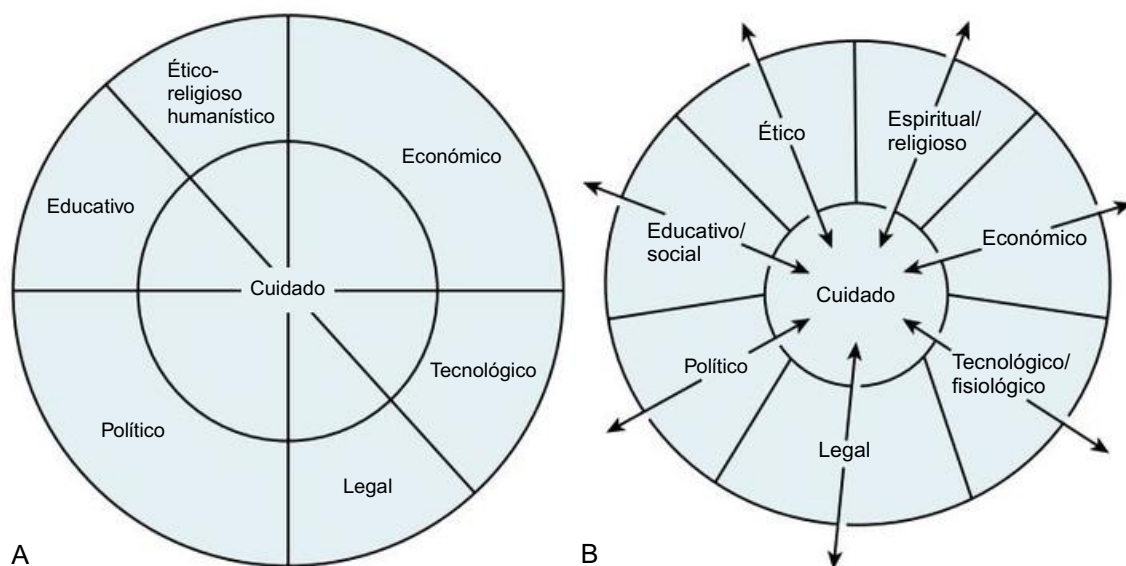


Fig. 8.1 (A) Desarrollo original de la teoría fundamentada de la atención burocrática. (B) Teoría fundamentada posterior, en la que aparece el cuidado diferencial. (A, tomado de Ray, M. A. [1981a]. A study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International*, 42[06]. [University Microfilm No. 8127787]. B, tomado de Parker, M. E. [2006]. *Nursing theories and nursing practice* [3rd ed.]. Rogers, M. E. [1965]. Gráficos reproducidos a partir de los originales de J. Castle y B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV.)

dialéctica del cuidado ilustra que todo está interconectado y que el sistema organizativo es un macrocosmos de la cultura.

La evolución de la teoría de Ray se ilustra en la [figura 8.1](#), en la que se muestran esquemas de la estructura de la de atención burocrática publicados en 1981b, 1989, 2010a y 2018. En la teoría fundamentada original (v. [fig. 8.1A](#)), las estructuras políticas y económicas ocupaban una dimensión mayor para ilustrar su creciente influencia en la naturaleza del cuidado institucional (Ray, 1981b). Investigaciones posteriores realizadas en unidades de cuidados intensivos e intermedios (Ray, 1989) hicieron hincapié en la naturaleza diferencial del cuidado, vista a través de sus estructuras competitivas de elementos políticos, legales, económicos, tecnológico-fisiológicos, espirituales-religiosos, éticos y educativos-sociales (v. [fig. 8.1B](#)). En su artículo de 1987 sobre el cuidado tecnológico, Ray observó que «la enfermería de cuidados intensivos es profundamente humana, moral y tecnocrática» (p. 172). Ray estimuló a otros investigadores a estudiar esta área paraa mejorar los conocimientos de la enfermería en relación tanto con las ventajas como con las limitaciones de la tecnología en cuidados intensivos. La revista *Dimensions of Critical Care Nursing* reconoció a Ray como investigadora del año en 1987 por su innovador trabajo.

Con la reflexión y el análisis continuos, combinados con la investigación sobre la economía de la relación enfermera-paciente, Ray empezó a iluminar el ámbito ético-espiritual de la enfermería ([fig. 8.2](#)) (Ray, 2001). Los cuidados ético-espirituales se convierten en una modalidad dominante debido a los

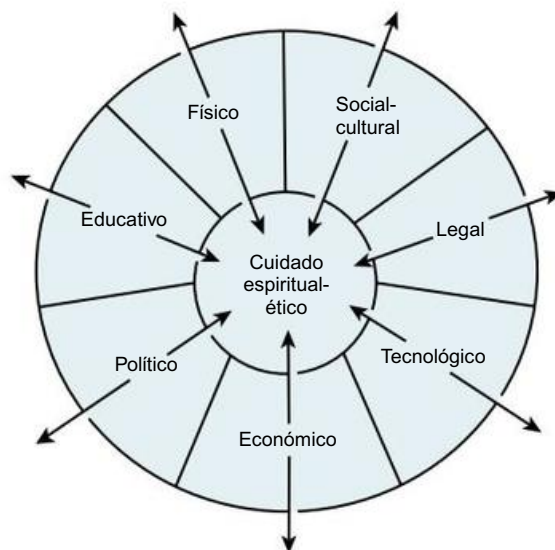


Fig. 8.2 Teoría holográfica de la atención burocrática. (Tomado de Parker, M. E. [2006]. *Nursing theories and nursing practice* [3rd ed.]. Rogers, M. E. [1965]. Gráficos reproducidos a partir de los originales de J. Castle y B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV.)

descubrimientos que se centraron en la relación enfermera-paciente. Sistemas cualitativamente diferentes, como el político, el económico, el sociocultural y el fisiológico, cuando se ven como conjuntos abiertos e interactivos, funcionan a través de la toma de decisiones de las enfermeras (Davidson y Ray, 1991; Ray, 1994a). Los cuidados ético-espirituales proponen cómo puede realizarse la toma de decisiones para el bien de los demás en la práctica enfermera.

La investigación de Ray revela que en las organizaciones complejas, la enfermería como cuidado se practica y se vive en el margen entre la dimensión humanista-espiritual y la dimensión sistémica. Estos resultados son coherentes con la visión del mundo desde la ciencia de la complejidad, que propone la

coexistencia de fenómenos antitéticos (Briggs y Peat, 1999; Ray, 1998). Por tanto, hay coexistencia de los sistemas tecnológico y humanístico. La teoría de la complejidad (interrelaciones dinámicas) explica la resolución de la paradoja entre diferentes sistemas (tesis y antítesis), que se representa en la síntesis o la teoría de la atención burocrática.

En resumen, la teoría de la atención burocrática surgió utilizando una metodología de teoría fundamentada, mezclada con la fenomenología y la etnografía. La teoría inicial se analizó utilizando la filosofía de Hegel. La teoría fue revisada en 2001 tras una investigación continua y el análisis a la luz de la ciencia de la complejidad y la teoría del caos, lo que dio lugar a la teoría holográfica de la atención burocrática (v. fig. 8.2).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Los procesos teóricos de toma de conciencia de ver la verdad, o ver el bien de las cosas (cuidar), y de la comunicación son los aspectos centrales de la teoría. La dialéctica del cuidado espiritual-ético (orden implícito) en relación con las estructuras circundantes de tipo político, legal, económico, educativo, fisiológico, sociocultural y tecnológico (orden explícito) ilustra la interconexión con el cuidado y el sistema, dentro de un macrocosmos que abarca la cultura. En el modelo (v. fig. 8.2) todo está impregnado del cuidado ético-espiritual (el centro) mediante la conexión integradora y relacional con las estructuras de la vida organizativa. El cuidado espiritual-ético incluye diferentes procesos políticos, económicos y tecnológicos.

La *holografía* significa que todo es un *conjunto* en un contexto y una *parte* en otro: cada parte está en el todo y el todo está en la parte (Talbot, 1991). El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un todo. Cada parte obtiene su significado a partir de cada parte, también vista como un todo.

Cuidado

El **cuidado** se define como un complejo proceso transcultural y relacional basado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado se produce dentro de una cultura o sociedad, incluidas la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura social y global (Ray, 2010b, 2016).

Cuidado espiritual-ético

La **espiritualidad** implica creatividad y elección y se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos **éticos** del cuidado se unen a los espirituales y están relacionados con las obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético de la enfermería se centra en facilitar las elecciones para el bien de los demás (Ray, 1989, 1997a, 2016).

Factores educativos

Los programas **educativos** formales e informales, el uso de medios audiovisuales para transmitir información y otras formas de enseñar y compartir información, incluida la asistencia sanitaria remota, son ejemplos de factores educativos relacionados con el significado del cuidado (Ray, 1981b, 1989, 2010a).

Factores físicos

Los factores **físicos** están relacionados con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada patrón influye en el otro (Ray, 2001, 2006).

Factores socioculturales

Algunos ejemplos de factores **sociales** y **culturales** son la etnia y las estructuras familiares, la intimidad con los amigos y la familia, la comunicación, la interacción y el apoyo social, la comprensión de las interrelaciones, la participación y la intimidad y las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad (Ray, 1981b, 1989, 2001, 2006, 2016).

Factores legales

Los factores **legales** relacionados con el significado de cuidar incluyen la responsabilidad y la rendición de cuentas, las normas y los principios que guían los comportamientos, como las políticas y los procedimientos, el consentimiento informado, el derecho a la privacidad, aspectos de mala praxis y responsabilidad, los derechos del cliente, la familia y el profesional, y la práctica de la medicina y la enfermería defensivas (Gibson, 2008; Ray, 1981b, 1989, 2010b, 2016).

Factores tecnológicos

Los factores **tecnológicos** consisten en recursos no humanos, como el uso de máquinas (incluidos robots humanoides) para los cuidados con objeto de mantener la salud y el bienestar fisiológico y mental del paciente, las pruebas diagnósticas, los fármacos y el conocimiento y la habilidad necesarios



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

para utilizar estos recursos (Davidson et al., 2011; Poudel y Ray, 2019; Ray, 1987, 1989). También se incluyen en la tecnología la práctica y la documentación asistida por ordenador, así como las redes sociales y la realidad virtual (Campling et al., 2011; Ray, 2016; Swinderman, 2011; Wu y Ray, 2016).

Factores económicos

Entre los factores relacionados con el significado del cuidado se encuentran el dinero, el presupuesto, los sistemas de seguros, las limitaciones y las directrices impuestas por las organizaciones de medicina gestionada y las diversas reiteraciones de la Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 y, en general, la asignación de los escasos recursos humanos y materiales para mantener la viabilidad económica de la organización (Ray, 1981b, 1989, 2016). Se debe considerar el cuidado como recurso interpersonal, así como los

bienes, el dinero y los servicios (Ray, 2018; Ray et al., 2011; Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003).

Factores políticos

Los factores **políticos** y la estructura de poder dentro de la administración sanitaria, incluidas las fuerzas y las políticas gubernamentales, influyen en la forma de ver la enfermería en la atención sanitaria e incluyen los patrones de comunicación y toma de decisiones en la organización, la estratificación por funciones y género entre enfermeras, médicos y administradores, las actividades sindicales como la negociación y la confrontación, las influencias del gobierno y de las compañías de seguros, las políticas organizativas y de salud pública, la utilización del poder, el prestigio y los privilegios y, en general, la competencia por los escasos recursos humanos y materiales (Ray, 1989, 2010b, 2016).

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

La enfermería es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético que busca el bien de uno mismo y de los demás en culturas comunitarias, organizativas y burocráticas complejas. Un conocimiento de la naturaleza del cuidado refleja que el fundamento del cuidado espiritual es el amor. Mediante el conocimiento del misterio interno de la vida inspiradora, el amor busca una vida ética y responsable que permita la expresión de las acciones concretas del cuidado en la vida de las enfermeras. Por su naturaleza, el cuidado es cultural y social. El cuidado transcultural incluye creencias y valores de compasión o amor y de justicia o equidad, que tienen significado en el ámbito social en el que se forman y se transforman las relaciones. El cuidado transcultural funciona como lente única a través de la cual se ven las elecciones humanas y surge el conocimiento sobre la salud y la curación. Así, a través de la compasión y la justicia, la enfermería se esfuerza por alcanzar la excelencia en las actividades de cuidado a través de la dinámica de contextos culturales complejos de relaciones, organizaciones y comunidades (Davidson et al., 2011; Ray, 2016).

Persona

La persona es un ser espiritual y cultural. Las personas son creadas por Dios, el Misterio del Ser, y participan de manera deliberada, consciente y cocreativa en organizaciones humanas y en relaciones transculturales para encontrar el significado y el valor (Ray, comunicación personal, 25 de mayo de 2004; Poudel y Ray, 2019).

Salud

La salud proporciona un patrón de significado a individuos, familias y comunidades. En todas las sociedades humanas,

las creencias y las prácticas asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura. La salud no es, simplemente, la consecuencia de un estado físico del ser. Las personas construyen su realidad de salud en relación con la biología, patrones mentales, características de su imagen del cuerpo, la mente y el alma, la etnicidad y las estructuras familiares, las estructuras de la sociedad y de la comunidad (políticas, económicas, legales y tecnológicas), y las experiencias de cuidado, que dan significado a las maneras complejas de vida. La organización social de la salud y la enfermedad en la sociedad (sistema de asistencia sanitaria) determina la forma en la que se reconoce que las personas están enfermas o sanas. Determina cómo los profesionales sanitarios y las personas ven la salud y la enfermedad. La salud está relacionada con la forma en que las personas de un grupo cultural o de una cultura organizativa o de un sistema burocrático construyen la realidad y le dan o encuentran sentido (Ray, 2016).

Entorno

El entorno es un complejo fenómeno espiritual, ético, ecológico y cultural. Esta conceptualización del entorno abarca el conocimiento y la conciencia sobre la belleza de las formas de vida y sistemas simbólicos (representativos) o patrones de significado. Estos patrones se transmiten históricamente, se conservan o se modifican mediante los valores asistenciales, las actitudes y la comunicación. Las formas funcionales que se identifican en la estructura social o burocracia (p. ej., políticas, legales, tecnológicas y económicas) tienen una función para facilitar el conocimiento del significado de la asistencia, la cooperación y el conflicto en los grupos culturales humanos y los entornos organizativos complejos. La práctica de enfermería en los entornos encarna los elementos de la estructura social y los patrones de cuidado espirituales y éticos del significado (Davidson et al., 2011; Ray, 2016).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La persona, la enfermería, el entorno y la salud se integran en la estructura de la teoría de la atención burocrática. La teoría implica que hay una relación dialéctica (tesis, antítesis, síntesis) entre la dimensión humana (persona y enfermera), la dimensión del cuidado espiritual-ético y las dimensiones estructurales (enfermería, entorno) de la burocracia y de la cultura organizativa (tecnológica, económica, política, legal y social). Para Ray, la dialéctica del cuidado y la burocracia se sintetiza en una teoría de la atención burocrática. La atención burocrática, el límite sintético entre las dimensiones humanas y estructurales, es el punto en el que las enfermeras, los pacientes y los administradores integran la persona, la enfermería, la salud y el entorno.

Los fundamentos teóricos de la teoría de la atención burocrática son los siguientes:

1. El significado del cuidado es muy diferente dependiendo de sus estructuras (sociocultural, educativa, política, económica, física, tecnológica, legal). La teoría sustantiva del cuidado diferencial enunció que el cuidado en enfermería es contextual y está influido por la estructura organizativa o la cultura. El significado del cuidado es distinto en el servicio de urgencias, en la unidad de cuidados intensivos, en la unidad de oncología y en otras áreas del hospital, ya que está influido por la función y el cargo que ocupa una persona. El significado del cuidado surgió como un hecho diferencial porque no se identificó una única definición o significado de cuidado (Ray, 1984, 1989, 2010b). La afirmación teórica que describe la teoría sustantiva del cuidado diferencial se formula de la siguiente manera:

«En un hospital, el cuidado diferencial es un proceso social dinámico que surge como resultado de los diversos valores, creencias y comportamientos expresados sobre el significado del cuidado. El cuidado diferencial se relaciona con las competencias [cooperaciones] educativas, sociales, humanísticas, religiosas/espirituales y éticas, así como con fuerzas políticas, económicas, legales y tecnológicas de la cultura organizativa, que son influidas por las fuerzas sociales de la cultura estadounidense [mundial] dominante.»

(Ray, 1989, p. 37)

2. El cuidado es burocrático y también espiritual/ético, dado el grado en que su significado puede entenderse en relación con la estructura organizativa (Davidson et al., 2011; Ray, 1989, 2006, 2018; Ray y Turkel, 2015). En el modelo teórico (v. fig. 8.2) todo está impregnado del cuidado ético-espiritual mediante su conexión integradora y relacional con las estructuras de la vida organizativa (p. ej., política, educativa). El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un conjunto, al igual que todas y cada una de las estructuras de la organización son tanto parte como conjunto. Cada una de las partes obtiene su objetivo y su

significado en función de las demás partes. La comprensión del cuidado espiritual-ético en el sistema organizativo burocrático como formación holográfica facilita la mejora de los resultados de los pacientes y la transformación del bienestar del entorno humano (Ray, comunicación personal, 13 de abril de 2008; Ray, 2016, 2018).

3. El cuidado es el constructo primordial y la conciencia de la enfermería. El cuidado espiritual-ético y las estructuras organizativas de la figura 8.2, cuando son integradas, abiertas e interactivas, forman un todo y funcionan por elección consciente. La toma de decisiones de la enfermera tiene lugar por un interés humanitario y de corazón, utilizando los principios éticos como brújula de las decisiones. Ray (2001) afirma que «el cuidado espiritual-ético de la enfermería no cuestiona si se debe o no prestar el cuidado en sistemas complejos, sino que da a entender cómo se pueden o deben tomar unas decisiones justas y, en última instancia, facilita las elecciones para el bien de los demás» (p. 429).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría formal de la atención burocrática se introdujo principalmente mediante el análisis comparativo y la introspección del conjunto de la experiencia. La revisión de la bibliografía sobre enfermería, filosofía, procesos sociales y organizaciones se combinó con la teoría sustantiva, denominada cuidado diferencial, que Ray descubrió a través de la etnografía, la fenomenología y la investigación de la teoría fundamentada en el terreno. Estas ideas fueron analizadas e integradas a través de un proceso que era inductivo y lógico, construido inductivamente sobre la teoría sustantiva y lógicamente recurriendo al argumento filosófico de la dialéctica de Hegel (Moccia, 1986; Ray, 1989, 2006, 2010b) y la ciencia de la complejidad para sintetizar el cuidado y la burocracia en una nueva formulación teórica (Davidson et al., 2011; Ray, 2001; Ray y Turkel, 2015).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La teoría de la atención burocrática tiene una aplicación directa para la enfermería. En el entorno clínico, el personal de enfermería se enfrenta al reto de integrar conocimientos, habilidades y cuidados (Turel, 2001). Esta síntesis de comportamientos y conocimiento refleja la naturaleza holística de la teoría de la atención burocrática. En el límite del caos, aspectos contemporáneos como la inflación de los costes sanitarios actúan como catalizador del cambio en las organizaciones sanitarias corporativas. El componente ético incluido en los cuidados espirituales-éticos (v. fig. 8.2) aborda las obligaciones

morales de las enfermeras hacia los demás. Ray (comunicación personal, 2020) hace hincapié en que el cambio puede producirse incluso en el entorno económico, así como en el llamamiento a una atención más ética y coordinada para los pacientes y los profesionales sanitarios en relación con la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) actual si las enfermeras recuerdan a los demás las dimensiones espirituales y éticas del cuidado, incluso dentro de la aplicación de estrictas medidas de salud pública. Los profundos valores que subyacen a la elección de hacer el bien se sentirán tanto dentro como fuera de las organizaciones, y en esencia en los gobiernos locales, regionales y nacionales y en las organizaciones internacionales (comunicación personal, 2020).

La Dra. Dana Lusk, profesora Adjunta de la University of Wisconsin, Madison, utilizó la teoría de Ray sobre la atención burocrática como guía para formar a los nuevos empleados del hospital de la Veterans' Administration (VA) de Denver, basándose en su investigación de doctorado en enfermería sobre la VA (Lusk, comunicación personal, 15 de junio de 2015). Encontró que esta teoría era útil tanto en la VA de Denver como en Wisconsin para informar a las enfermeras nuevas sobre la compleja organización del hospital y el sistema de la VA.

La Coronel Marcia Potter, DNP, FNP, y jefa de enfermería familiar en atención primaria de la USAF, utilizó la teoría de Ray de la atención burocrática como guía y modelo basado en la evidencia para enmarcar la práctica clínica y las operaciones comerciales en la base conjunta Andrews, Washington, DC, para la mejora de la calidad dirigida por las enfermeras de los resultados clínicos de las personas con diabetes en atención primaria, centrándose en unos resultados económicos de ahorro de costes específicos por la cantidad de 2 millones de dólares (Potter y Wilson, 2017). Esta estrategia de utilizar la teoría de la atención burocrática en la atención primaria también se aplicó en la National Capitol Region (NCR) y ha tenido un impacto en la atención no solo en el sistema sanitario de la USAF, sino también en los miembros del sistema sanitario militar para mejorar la práctica de la atención médica a más de 450.000 afiliados a dicho sistema. La Coronel Marcia Potter, con la aprobación del jefe del cuerpo de sanidad de la USAF y su equipo, ha ayudado a crear el modelo de práctica de cuidados profesionales centrados en la persona (PC2P) de la USAF, guiado por la teoría de la atención burocrática. Este enfoque también ha servido de base para el modelo de práctica profesional de la enfermería TriService, que incluye al Ejército y a la Marina. Los esfuerzos de la Coronel Marcia Potter a través del uso de la teoría de la atención burocrática para transformar la práctica de la enfermería, con un enorme ahorro de recursos económicos, está repercutiendo en 10 millones de inscritos en el sistema sanitario militar de todo el mundo (Potter, comunicación personal, 10 de marzo de 2020). La Dra. Carol Conroy, antigua oficial jefe de enfermería del centro médico Southwestern Vermont, Bennington, Vermont, aplicó la teoría del cuidado burocrático al sistema sanitario de Vermont en un estudio acerca del valor que los profesionales atribuyen a la innovación práctica. Estudió el efecto de la

cultura de la organización sobre la aplicación e introducción de la práctica basada en la evidencia utilizando la teoría de la atención burocrática (Conroy, comunicación personal, 2 de mayo de 2016).

Ray (2016) ha abordado la interrelación de las diversas culturas dentro del sistema sanitario. El modelo de conflicto cultura-valor relacionado con los modelos de creencias de salud y las relaciones transculturales, y la herramienta de cuidados comunicativos transculturales basada en la compasión, la defensa, el respeto, la interacción, la negociación y la orientación proporcionan directrices para ayudar a las enfermeras a aplicar procesos basados en la evidencia/fundamentados y a comprender las necesidades, adversidades, problemas y preguntas que surgen en situaciones de atención de salud culturalmente dinámicas (Ray, 2016; Ray y Turkel, 2000).

Administración

La investigación de Ray ha demostrado que las enfermeras, los pacientes y los administradores valoran la intencionalidad del cuidado que se crea de manera colaborativa en la relación enfermera-paciente o administrador-enfermera. Al crear relaciones éticas de cuidado, los administradores y el personal pueden transformar el ambiente de trabajo (Ray, 2018; Ray et al., 2002, 2011). La teoría de la atención burocrática apunta que las organizaciones que promueven las elecciones éticas, el respeto y la confianza se convertirán en las organizaciones de éxito del futuro.

Nyberg estudió con Ray y reconoció el impacto de sus ideas en la obra *A Caring Approach in Nursing Administration* (Nyberg, 1998). Nyberg pide a los administradores de enfermería que creen un sistema afectuoso y compasivo, a la vez que se mantienen como los responsables de la gestión organizativa, los costes y el poder económico. Turkel y Ray (2003) llevaron a cabo un estudio con personal de la USAF que condujo a un mayor conocimiento de los problemas entre los responsables políticos civiles y militares.

En la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, Colombia, la profesora Olga J. Gómez y sus estudiantes de enfermería estudiaron la teoría de la atención burocrática de Ray, centrándose en el papel de la administración de la enfermería hospitalaria (Gómez, comunicación personal, 5 de abril de 2008). Al estudiar la paradoja entre los conceptos del cuidado humano y la economía, los estudiantes desarrollaron un marco para la investigación fenomenológica e investigaron las percepciones de las enfermeras en ejercicio sobre las relaciones entre cuidado humano, economía y control de los costes sanitarios. Un resultado del estudio fue reconocer la importancia de trabajar juntos en la universidad y en la práctica, de cara a la capacitación y la satisfacción de los clientes en el entorno hospitalario. Por último, la teoría de la atención burocrática fue adoptada en 2012 por Iowa Health, Des Moines (tres hospitales), para su implementación como guía teórica para la práctica profesional de enfermería en sus hospitales como preparación para la solicitud del Magnet Status como centros de excelencia (Turkel, 2004).

Marco conceptual de la organización de enfermería del Nevada State College

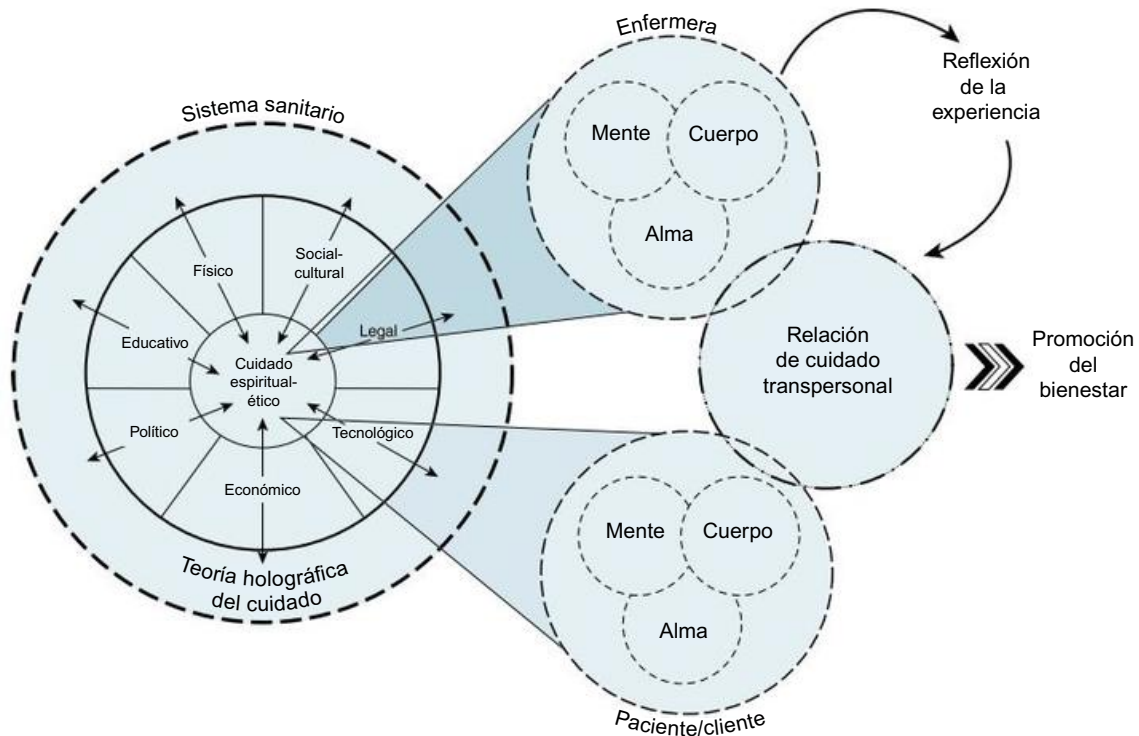


Fig. 8.3 Marco organizativo de la enfermería en el Nevada State College. (Reproducido con autorización del Nevada State College School of Nursing, Henderson, NV, 2010. Gráficos reproducidos a partir de los originales de J. Castle, Nevada State College, Henderson, NV.)

Formación

La teoría de la atención burocrática es útil en la enseñanza de la enfermería por su amplio enfoque del cuidado en la enfermería y en el sistema sanitario. La teoría holográfica combina la diferenciación de las estructuras en un marco holístico. El análisis de las estructuras o fuerzas que hay en organizaciones complejas (p. ej., legales, económicas, socioculturales) proporciona una perspectiva de los factores que influyen en las actividades de enfermería. La implicación de estas estructuras con asistencia espiritual-ética pone de relieve los imperativos morales de la práctica y la toma de decisiones de las enfermeras.

Al desarrollar un nuevo programa de grado en enfermería en el Nevada State College, el profesorado se sintió especialmente atraído por la teoría debido a su descripción de las dimensiones relevantes para la enfermería dentro de una filosofía del cuidado. El marco conceptual del nuevo programa de enfermería combinó la teoría de la atención burocrática de Ray con ideas teóricas de [Watson \(1985\)](#) y [Johns \(2000\)](#). En la [figura 8.3](#) se muestran las formas de interacción entre las

enfermeras y los clientes en el sistema sanitario y cómo su reflejo en la práctica influye en este proceso. A continuación se describe el marco conceptual del plan de estudios ilustrado en la [figura 8.3](#):

«La teoría holográfica del cuidado reconoce la interconexión de todas las cosas, y que todo es un conjunto en un contexto y una parte del conjunto en otro contexto. El cuidado espiritual-ético pone el énfasis en la comunicación de todos los fenómenos enfermeros, incluyendo las fuerzas físicas, socioculturales, legales, tecnológicas, económicas, políticas y educativas. Las flechas reflejan la naturaleza dinámica del cuidado espiritual-ético de la enfermera y las fuerzas que influyen en la estructura cambiante del sistema sanitario. Estas fuerzas influyen tanto en el cliente/paciente como en la enfermera.»

(Nevada State College, 2010, p. 2)

En el sistema sanitario, el cliente-paciente y la enfermera se unen en una relación dinámica de cuidado transpersonal

(Watson, 1985). Mediante la comunicación, la enfermera considera que la persona tiene la capacidad de tomar decisiones. A través de la reflexión sobre la experiencia, la enfermera evalúa qué fuerza influye más en la situación de enfermería (Johns, 2000). La enfermera hace uso de su conocimiento empírico, ético y personal para conformar y modificar la respuesta estética al paciente. A través de las actividades de cuidado de enfermería dentro de la relación transpersonal, se puede lograr el objetivo de la enfermería: la promoción del bienestar a través del cuidado (Nevada State College, 2010).

La teoría de la atención burocrática se está utilizando para guiar el desarrollo del plan de estudios en el programa de máster en administración en enfermería y en los programas de máster y doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (PhD y DNP) de la Florida Atlantic University y la Capital University. Las estructuras de la teoría, que incluyen aspectos éticos, espirituales, económicos, tecnológicos, legales, políticos y sociales, actúan como marco conceptual para analizar aspectos actuales sobre el cuidado sanitario. Se invita a los estudiantes a que analicen la estructura económica contemporánea del cuidado sanitario desde una perspectiva asistencial. El cuidado dentro del sistema de prestación de atención sanitaria es un concepto clave en los cursos de enfermería (Ray, comunicación personal, mayo de 2012; Turkel, 2001). Ray enseñaba la teoría del cuidado burocrático a los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Kobe University, y algunos docentes de enfermería japoneses, como el Dr. Naohiro Hohashi, introdujeron la teoría en los textos de la bibliografía nipona.

Investigación

A partir de su investigación que dio lugar a la teoría de la atención burocrática, Ray desarrolló un enfoque

fenomenológico-hermenéutico y un enfoque de indagación del cuidado que ha seguido guiando sus estudios (Ray, 1985, 1991, 1994b, 2011, 2013). Este abordaje de investigación es especialmente importante porque está asentado en la filosofía del humanismo y el cuidado, y anima a las enfermeras a que utilicen la hermenéutica fenomenológica a través del punto de vista del cuidado. La evolución de los métodos de investigación de Ray comenzó con la etnografía-etnoenfermería, la teoría fundamentada y la fenomenología, culminando con la indagación del cuidado y los enfoques de dinámicas complejas de cuidado (Ray, 2011). Estos abordajes incluyen la generación de datos, preguntándose por el significado de la vida-mundo de los participantes y de las experiencias relacionales. Las entrevistas y el discurso narrativo son los métodos principales de generación de datos en estos abordajes. En la encuesta asistencial, la ontología del cuidado en la dinámica asistencial compleja incluye la generación y el análisis de datos cualitativos, además de técnicas de obtención y análisis de datos complejos de investigación cuantitativa. El investigador determina los significados esenciales de los fenómenos y la reflexión adicional facilita la interpretación de los datos de la entrevista, transformando los datos en temas y metatemas interpretativos. Los objetivos primordiales son capturar la unidad del significado y sintetizar los significados en una teoría.

Basándose en la teoría de la atención burocrática, Ray y Turkel han desarrollado un programa de investigación que se centra en la enfermería en organizaciones complejas (Davidson et al., 2011; Ray y Turkel, 2015, 2020; Ray et al., 2011). Estos estudios han explorado, además, el significado del cuidado y la naturaleza de la enfermería en enfermeras hospitalarias, administradores y clientes-pacientes. En la tabla 8.1 se recogen las publicaciones que describen este programa de investigación.

TABLA 8.1 Publicaciones de investigación relacionadas con la teoría de la atención burocrática		
Año	Cita	Objetivo de la investigación y hallazgos
1981	Ray, M. A. Study of caring within an institutional culture. <i>Dissertation Abstracts International</i> , 42(06). (University Microfilm No. 8127787)	La tesis analiza el significado de expresiones y comportamientos de cuidado en 192 participantes de una cultura hospitalaria. Se extrajeron la teoría sustantiva del cuidado diferencial y el desarrollo formal de la teoría de la atención burocrática
1984	Ray, M. The development of a classification system of institutional caring. En M. Leininger (Ed.), <i>Care: The essence of nursing and health</i> . Thorofare, NJ: Slack	La exposición analiza el constructo del cuidado dentro del contexto cultural del hospital. El sistema de clasificación incluye símbolos de cuidados culturales de factores psicológicos, prácticos, interaccionales y filosóficos
1987	Ray, M. Technological caring: A new model in critical care. <i>Dimensions in Critical Care Nursing</i> , 6(3), 166-173	Este estudio fenomenológico analiza el significado del cuidado para las enfermeras de unidades de cuidados intensivos. El estudio muestra que las decisiones éticas, el razonamiento moral y la toma de decisiones pasan por un proceso de crecimiento y maduración

TABLA 8.1 Publicaciones de investigación relacionadas con la teoría de la atención burocrática (cont.)

Año	Cita	Objetivo de la investigación y hallazgos
1989	Ray, M. A. The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. <i>Nursing Administration Quarterly</i> , 13(2), 31-42	El objetivo del estudio es el cuidado en la cultura de las organizaciones. Describe la teoría sustantiva del cuidado diferencial y el desarrollo formal de la teoría de la atención burocrática. Con el cuidado en el centro del modelo, el estudio incluye estructuras éticas, espirituales y religiosas, económicas, tecnológicas-fisiológicas, legales, políticas, educativas y sociales
1993	Ray, M. A. A study of care processes using total quality management as a framework in a USAF regional hospital emergency service and related services. <i>Military Medicine</i> , 158(6), 396-403	Este estudio descriptivo investigó el acceso a los procesos asistenciales en el servicio de urgencias de un hospital militar regional, utilizando un marco conceptual de gestión global de la calidad. El estudio apoya la necesidad de un sistema sanitario descentralizado y coordinado, con más autoridad y control para los mandos locales
1997	Ray, M. The ethical theory of existential authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. <i>Canadian Journal of Nursing Research</i> , 29(1), 111-126	La autenticidad existencial se descubre como la unidad de significado del cuidado para los gestores de enfermería. Esta se describió como una ética de la vida y del cuidado para el bienestar de los miembros del personal de enfermería y para el bien de la organización
1998	Ray, M. A. A phenomenological study of the interface of caring and technology in intermediate care: Toward a reflexive ethics for clinical practice. <i>Holistic Nursing Practice</i> , 12(4), 69-77	Este estudio fenomenológico analiza el significado del cuidado de pacientes tecnológicamente dependientes. Los resultados revelaron que la vulnerabilidad, el sufrimiento y las situaciones éticas de moral dudosa y ceguera moral eran la dinámica del cuidado de estos pacientes
2000	Turkel, M., & Ray, M. Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. <i>Nursing Science Quarterly</i> , 13(4), 307-313	La teoría formal de la complejidad relacional muestra que la relación del cuidado es compleja y dinámica, es a la vez proceso y resultado, y una función de variables tanto económicas como asistenciales; que, como proceso mutuo, se vive al mismo tiempo como autoorganización relacional y de sistema
2001	Turkel, M., & Ray, M. Relational complexity: From grounded theory to instrument theoretical testing. <i>Nursing Science Quarterly</i> , 14(4), 281-287	El artículo describe una serie de estudios que examinaban las relaciones en los aspectos del cuidado, económicos, de costes, de calidad, y la relación enfermera-paciente. Los resultados de la teoría revelaron el cuidado relacional como un proceso y el factor predictivo más potente del resultado: la autoorganización relacional que tiene como objetivo el bienestar
2002	Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. The transformative process for nursing in workforce redevelopment. <i>Nursing Administration Quarterly</i> , 26(2), 1-14	La autoorganización relacional es una respuesta compartida y creativa ante un entorno laboral continuamente cambiante e interconectado. Las estrategias de respeto, comunicación, mantenimiento de la visibilidad e integración en la toma de decisiones participativas son los procesos formativos que producen crecimiento y transformación
2003	Turkel, M. A journey into caring as experienced by nurse managers. <i>International Journal for Human Caring</i> , 7(1), 20-26	El objetivo de este estudio fenomenológico fue determinar el significado del cuidado tal como lo experimentan los gestores de enfermería. Los temas esenciales que surgieron fueron crecimiento, escucha, apoyo, intuición, reconocimiento y frustración
2012	Ray, M., & Turkel, M. A transtheoretical evolution of caring science within complex systems. <i>International Journal for Human Caring</i> , 16(2), 28-49	Tres importantes desarrollos transteóricos son: la lucha de Turkel por encontrar el equilibrio: la paradoja entre los cuidados y la economía; la teoría de Turkel y Ray sobre la complejidad de los cuidados relacionales y la teoría de Ray y Turkel sobre la organización relacional propia en la remodelación del lugar de trabajo

(Continúa)

TABLA 8.1 Publicaciones de investigación relacionadas con la teoría de la atención burocrática (cont.)

Año	Cita	Objetivo de la investigación y hallazgos
2014	Ray, M., & Turkel, M. Caring as emancipatory praxis: The theory of relational caring complexity. <i>Advances in Nursing Science</i> , 37(2), 132-146	La teoría de la complejidad de los cuidados relacionales identifica el poder del cuidado como una praxis enfermera emancipadora, la voz y las acciones morales de las enfermeras que buscan el conocimiento de la justicia social y los derechos humanos tanto para las enfermeras como para los pacientes en las organizaciones sociopolíticas y económicas de la atención sanitaria
2017	Potter, M., & Wilson, C. Applying Bureaucratic Caring Theory and Chronic Care Model to improve staff and patient self-efficacy. <i>Nursing Administration Quarterly</i> , 41(4), 310-320	Esta investigación puso de manifiesto el poder del cuidado guiado por las teorías en enfermería (teoría de la atención burocrática) en una clínica de atención primaria del sistema sanitario militar. La atención centrada en la persona y basada en la evidencia prestada por un equipo de colaboración a pacientes con diabetes tipo 2 redujo la HbA1c en una medida clínicamente significativa. Las acciones de cuidados han permitido aumentar la satisfacción del personal y de los pacientes, obtener resultados sanitarios de gran calidad y ahorrar costes económicos

EVOLUCIÓN

El desarrollo de la teoría de la atención burocrática es constante en el programa de investigación y docencia de Ray. Su obra es una síntesis de ciencia de la enfermería, enfermería transcultural, ética, filosofía, ciencia de la complejidad, economía y gestión de organizaciones. El programa de investigación de Ray fue patrocinado por el programa de investigación en enfermería TriService (Turkel y Ray, 2001). Incluyó el desarrollo de instrumentos y las pruebas psicométricas de la herramienta de análisis de recursos de la relación enfermera-paciente original, ahora denominada cuestionario de cuidados relacionales (con un formulario para el profesional y otro para el paciente) (Ray y Turkel, 2012, 2020; Watson, 2009). Estos instrumentos son cuestionarios de tipo Likert para profesionales sanitarios (enfermeras y administradoras, enfermeras o no) y pacientes que miden la relación enfermera-paciente como un recurso administrativo e interpersonal. Estos instrumentos ayudarán a los investigadores a relacionar los recursos no económicos (interpersonales) del cuidado con los recursos del sistema administrativo (incluidos los procedimientos económicos y presupuestarios). Recientemente se ha llevado a cabo una investigación del sistema militar en la USAF (Potter y Wilson, 2017) utilizando la teoría de la atención burocrática y el modelo de cuidados crónicos en atención primaria para mejorar la autoeficacia del personal y del paciente. Se identificó una mejora de los resultados clínicos y una reducción de los costes económicos, y se demostró la importancia de la aplicación de los conceptos de cuidado esbozados en la teoría de la atención burocrática.

CRÍTICA

Claridad

Las principales estructuras (espiritual-religiosa, ética, tecnológica-fisiológica, social, legal, económica, política y educativa) se definen claramente en las publicaciones de Ray (1989, 2018) y Ray y Turkel (2020). Estas definiciones son compatibles con las definiciones que utilizan habitualmente las enfermeras en ejercicio. Tienen coherencia semántica en el sentido de que los conceptos se utilizan de forma congruente con sus definiciones (Chinn y Kramer, 2018). La mayoría de los términos no han cambiado desde el artículo de 1989 hasta las publicaciones de 2001 y 2006; sin embargo, algunos conceptos se combinaron o separaron a medida que el desarrollo de la teoría de Ray evolucionó (Ray, 2010c; Ray y Turkel, 2015) y los conceptos se actualizaron (Coffman, 2018; Ray, 2016, 2018; Ray y Turkel, 2020; Wu y Ray, 2016).

El esquema presentado en la figura 8.2 mejora la claridad. La interrelación del cuidado espiritual-ético con las otras estructuras y el carácter abierto del sistema están representados por la organización de los conceptos y las flechas dinámicas. La descripción que hace Ray de la teoría (Ray y Turkel, 2015) ayuda al lector a percibir las relaciones de la teoría como holográficas.

Sencillez

La teoría de Ray simplifica la dinámica de las organizaciones burocráticas complejas. A partir de numerosas descripciones del estudio de la teoría inductiva fundamentada, Ray derivó el concepto integrador de cuidado espiritual-ético y los siete conceptos interrelacionados de estructuras físicas, socioculturales,

legales, tecnológicas, económicas, políticas y educativas. Dada la complejidad de las organizaciones burocráticas, el número de conceptos es mínimo.

Generalidad

La teoría de la atención burocrática es una filosofía generada a partir de la investigación en la práctica que aborda la naturaleza de la enfermería como cuidado. Alligood (2018) señala que la «filosofía de la enfermería expone el significado de los fenómenos de la enfermería mediante el análisis, el razonamiento y la presentación lógica de conceptos e ideas» (p. 49). La teoría de Ray aborda cuestiones como «¿cuál es la naturaleza de la atención en enfermería?», y «¿cuál es el carácter de la práctica de enfermería como cuidado?». Las filosofías son amplias y proporcionan orientación a la disciplina (Alligood, 2018). La teoría de la atención burocrática propone que los profesionales de enfermería son personas que realizan elecciones guiadas por unos cuidados espirituales-éticos, en relación con estructuras legales, económicas, tecnológicas y de otros tipos.

La teoría de la atención burocrática proporciona un punto de vista único de las organizaciones de asistencia sanitaria y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes del sistema. Mediante investigación inductiva se derivaron lógicamente conceptos o fenómenos. El análisis de Ray incorporó ideas tomadas de la ciencia de la complejidad. La conceptualización del sistema sanitario como holográfico pone de relieve la naturaleza holística de los conceptos y las relaciones. A medida que las enfermeras de todas las áreas de la práctica de la enfermería estudien estas nuevas conceptualizaciones, pueden ser llevadas a cuestionarse la posición causa-efecto de antiguas ideas lineales. Por tanto, la teoría de la atención burocrática ofrece la posibilidad de modificar el paradigma o la forma de pensar de las enfermeras en ejercicio.

Accesibilidad

Dado que la teoría de la atención burocrática se genera utilizando la teoría fundamentada y ha sido objeto de continuas revisiones basadas en gran medida en la investigación, la precisión empírica es alta y los conceptos se basan en la realidad observable. La teoría se corresponde directamente con los datos de la investigación que se resumen en los trabajos publicados (Ray, 1981a, 1981b, 1984, 1987, 1989, 1997b, 1998; Ray y Turkel, 2012, 2020).

Ray, Turkel y Marino utilizaron esta teoría en un programa de investigación sobre la relación enfermera-paciente como recurso económico (Ray, 1998; Ray et al., 2002; Turkel, 2003;

Turkel y Ray, 2000, 2001, 2003, 2020). Estos estudios son una guía para la práctica de la enfermería y mejoran el conocimiento de las enfermeras sobre la dinámica de las organizaciones de asistencia sanitaria. Ray (2001) propone que el cuidado burocrático culmina «en una visión para comprender la realidad más profunda de la vida de la enfermería» (p. 426).

Importancia

Entre los problemas a los que se enfrentan las enfermeras hoy en día se encuentran las limitaciones económicas en el entorno económico, tecnológico y político y en la política sanitaria, así como los efectos de estas limitaciones (p. ej., la proporción entre el número de enfermeras y de pacientes, las historias clínicas electrónicas) en la relación enfermera-paciente. Estos son los mismos aspectos que aborda la teoría de la atención burocrática. Las enfermeras que ejercen funciones militares, políticas, de salud pública, administrativas, de investigación y clínicas pueden utilizar las dimensiones políticas y económicas de la teoría como marco conceptual para conformar su práctica. Esta teoría es importante para el mundo laboral contemporáneo de las enfermeras.

Ray y Turkel han generado teorías de nivel medio a través de su programa de investigación basado en la teoría de la atención burocrática. Ray descubrió la *teoría de la autenticidad existencial* (1997b) como la unidad de significado para el arte del cuidado por parte del gestor de enfermería. Prestia (2016) adaptó la teoría más recientemente. Los gestores de enfermería describieron una ética de la vida del cuidado buscando el bienestar de sus enfermeras de plantilla y el bien de la organización. La complejidad relacional (del cuidado) se centra en la relación enfermera-paciente dentro de un contexto económico (Davidson et al., 2011; Ray y Turkel, 2014, 2020; Ray et al., 2011; Turkel y Ray, 2000, 2001). Datos de estudios muestran que el cuidado relacional entre administradores, enfermeras y pacientes es el factor predictivo más potente de la autoorganización relacional, cuyo objetivo es el bienestar. La autoorganización relacional es una respuesta compartida y creativa que implica crecimiento y transformación (Ray et al., 2002). Los procesos transformativos que pueden llevar a la autoorganización relacional incluyen respeto, comunicación, mantenimiento de la visibilidad e implicación en la toma de decisiones participativas en el lugar de trabajo. Por último, el trabajo de Ray enfatiza la necesidad de una ética reflexiva en la práctica clínica para mejorar la comprensión de cómo los valores profundos y las interacciones morales dan forma a las decisiones éticas (Ray, 1998, 2016).

RESUMEN

La teoría de la atención burocrática insta a los participantes en la enfermería a pensar más allá de su marco de referencia habitual y a visualizar el mundo de forma holística, considerando el universo como un holograma. La apreciación de la interrelación de las personas, los entornos y los episodios resulta fundamental para comprender esta teoría. La teoría proporciona un

punto de vista único de las organizaciones de asistencia sanitaria y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes de un sistema. Los constructos básicos únicos de la teoría de Ray incluyen el cuidado político, tecnológico y económico. Las colegas de Ray y otras académicas continúan desarrollando la teoría. Ray reta a los profesionales

de enfermería a contemplar las dimensiones espirituales y éticas de la atención y los complejos sistemas organizativos de atención sanitaria, incluido el militar, y de los sistemas sanitarios

nacionales e internacionales, de manera que la teoría de la atención burocrática pueda informar sobre la creatividad de estos profesionales y transformar el mundo del trabajo.

CASO CLÍNICO

María es una enfermera de atención primaria que cuenta con un doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (DNP) y que trabaja como enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) en una concurrida clínica de atención ambulatoria urbana. Durante sus 2 primeros años en la clínica, observó que la atención a los pacientes parecía fragmentada y episódica y que no siempre se satisfacían las necesidades de atención preventiva de los pacientes. María lideró un proyecto de práctica basada en la evidencia para generar un cambio organizativo utilizando la teoría de la atención burocrática. María y su equipo reflexionaron sobre los ámbitos de la atención que se veían comprometidos. Descubrieron que los ámbitos espiritual-ético, económico, político, legal y físico del cuidado eran los más predominantes. María y su equipo dieron gran prioridad en la clínica a los servicios de atención centrados en la persona y basados en las relaciones. Reconociendo que el enfoque centrado en la persona refleja el respeto por los demás, el equipo colaboró para crear una visita planificada y proactiva para cada paciente. A continuación se muestra cómo lo hicieron.

Bruce, el diplomado en enfermería (RN) del equipo, señaló que la Sra. Murphy tenía programados los cribados de cáncer de mama, cuello de útero y colorrectal en los próximos meses. A través de la cuenta del portal de pacientes de la Sra. Murphy, Bruce le envió un recordatorio sobre las pruebas que debía hacer próximamente y habló con ella para saber cómo podía ayudarla a programar estas citas. Aconsejó a la Sra. Murphy que pidiera cita directamente para la mamografía de cribado. La Sra. Murphy vio la nota recordatoria, pero no estaba segura de querer hacerse una mamografía. Respondió al mensaje de Bruce diciendo que le gustaría hablar al respecto con su profesional sanitario en su próxima visita prevista en 3 semanas. Estas intervenciones abordaron los aspectos espiritual-ético, educativo, tecnológico y económico de la atención burocrática.

La técnica del equipo, Natasha, repasó la agenda de María, la APRN, para los próximos días. Observó que la Sra. Murphy tenía un hueco reservado para una visita en breve.

Leyó la nota introducida por Bruce, el RN, y luego comprobó los listados de citas de la Sra. Murphy. Observó que la Sra. Murphy tenía programado un cribado del cáncer colorrectal en 2 semanas e hizo una anotación en el hueco reservado para la visita. Antes de la visita de la Sra. Murphy, María leyó estas notas y se familiarizó con el historial médico de la Sra. Murphy, incluidos los antecedentes familiares. Esta información le ayudaría a evaluar el riesgo personal de la Sra. Murphy de padecer cáncer de mama y le ayudaría a explicar las opciones de la Sra. Murphy en relación con el cribado. Se aseguró de que la Sra. Murphy recibiera la herramienta de detección del cáncer de mama en su próxima visita.

Durante la visita, la Sra. Murphy se mostró receptiva a la información de la herramienta de detección del cáncer de mama, pero seguía siendo reacia a hacerse una mamografía. María reconoció que podían intervenir otros factores, por lo que preguntó a la señora Murphy por sus valores y creencias personales en materia de salud. La Sra. Murphy explicó su historia, incluido su temor a experimentar molestias, las reservas sobre tener que exponer los pechos y su percepción del riesgo. María y la Sra. Murphy crearon conjuntamente un plan de atención para la Sra. Murphy que tenía en cuenta sus preocupaciones, así como las recomendaciones de cribado. En este encuentro se abordaron varios ámbitos de la atención burocrática: espiritual-ético, sociocultural, físico, educativo y legal.

Resumen

Mediante el uso de la teoría de la atención burocrática, las enfermeras crean conjuntamente sistemas innovadores centrados en la persona para mejorar la salud de los individuos, las poblaciones y el sistema sanitario. El hecho de entender que cada uno de nuestros pacientes experimenta sus estados de salud de forma diferente refleja la visión holística del paciente como persona. La contextualización de la práctica como centrada en la persona ofrece la oportunidad de abarcar el bello mural de las experiencias e interacciones humanas, creando conjuntamente una atención basada en las relaciones y pasando de lo médico a lo humanista.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Basándose en este caso clínico, considere las siguientes cuestiones:

1. Identifique en este caso clínico los conceptos de la teoría de la atención burocrática y por qué son importantes en la atención preventiva basada en la evidencia.
2. Describa las funciones y las responsabilidades de los miembros del equipo en este caso clínico.
3. Describa cómo el papel de un doctor en enfermería cambia o mejora el proceso o la calidad de los cuidados.

4. ¿En qué se diferencian las funciones de la enfermera registrada de práctica avanzada y el diplomado en enfermería en atención primaria?
5. ¿Qué tipo de atención centrada en la persona y basada en las relaciones era evidente en este entorno de atención primaria ambulatoria?
6. Compare y contraste el proceso tradicional de enfermería basado en la evidencia con la aplicación de un proceso guiado por la teoría, es decir, la aplicación de la teoría de la atención burocrática en un entorno de cuidados ambulatorios dirigido por enfermeras interprofesionales.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- International Association for Human Caring, en <http://www.humancaring.org>.
- Página web de Marilyn Ray, en: <http://marilynray.com>.
- Las teorías de Marilyn Ray, en www.nursology.net.
- Ray, M. (2016). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company. <http://www.davisplus.com>.
- Transcultural Nursing Society, en <http://www.tcns.org>.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Briggs, J., & Peat, F. D. (1999). *Seven life lessons of chaos: Spiritual wisdom from the science of change*. New York: HarperCollins.
- Campling, A., Ray, M., & Lopez-Devine, J. (2011). Implementing change in nursing informatics practice. In A. Davidson, M. Ray, & M. Turkel (Eds.), *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being* (pp. 325–339). New York: Springer.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (10th ed). St. Louis: Mosby.
- Coffman, S. (2018). Theory of bureaucratic caring. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (pp. 80–97). St. Louis: Elsevier.
- Coffman, S., & Ray, M. A. (1999). Mutual intentionality: A theory of support processes in pregnant African American women. *Qualitative Health Research*, 9(4), 479–492.
- Coffman, S., & Ray, M. A. (2002). African American women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(5), 536–544.
- Davidson, A., & Ray, M. (1991). Studying the human-environment phenomenon using the science of complexity. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 73–87.
- Davidson, A., Ray, M., & Turkel, M. (2011). *Nursing, caring and complexity science: For human-environment well-being*. New York: Springer.
- Gibson, S. (2008). Legal caring: Preventing retraumatization of abused children through the caring nursing interview using Roach's six Cs. *International Journal for Human Caring*, 12(4), 32–37.
- Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Blackwell Science: Oxford, UK.
- Louis, M. (1985). An investigator's guide to workplace culture. In P. Frost, L. Moore, M. Louis, L. C. Lundberg, & J. Martin (Eds.), *Organizational culture* (pp. 73–93). Beverly Hills, CA: SAGE.
- Moccia, P. (1986). *New approaches to theory development*. (Pub. No. 15-1992). New York: National League for Nursing.
- Nevada State College. (2010). *Nursing organizing framework*. Henderson, NV: Author.
- Nyberg, J. J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. University Press of Colorado: Niwot, CO.
- Peat, F. (2002). *From certainty to uncertainty: The story of science and ideas in the twentieth century*. Washington, DC: Joseph Henry Press.
- Potter, M., & Wilson, C. (2017). Applying bureaucratic caring theory and the chronic care model to improve staff and patient self-efficacy. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), 310–320.
- Poudel, B. N., & Ray, M. (2019). Consciousness: Humanoid robots and caring in nursing from multicultural perspectives. *International Journal for Human Caring*, 23(2), 185–195.
- Prestia, A. (2016). Existential authenticity: Caring strategies for living leadership. *International Journal for Human Caring*, 20(1), 8–11.
- Ray, M. (1981a). A philosophical analysis of caring within nursing. In M. Leininger (Ed.), *Caring: An essential human need* (pp. 25–36). Thorofare, NJ: Slack.
- Ray, M. (1981b). A study of caring within an institutional culture. *Dissertation Abstracts International*, 42(06) University Microfilms No. 8127787.
- Ray, M. (1984). The development of a classification system of institutional caring. In M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health* (pp. 95–112). Thorofare, NJ: Slack.
- Ray, M. A. (1985). A philosophical method to study nursing phenomena. In M. Leininger (Ed.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 81–92). New York: Grune & Stratton.
- Ray, M. (1987). Technological caring: A new model in critical care. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 6(3), 166–173.
- Ray, M. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31–42.
- Ray, M. A. (1991). Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. In D. Gaut, & M. Leininger (Eds.), *Caring: The compassionate healer* (pp. 181–189). New York: National League for Nursing.
- Ray, M. A. (1994a). Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. *Theoretic and Applied Chaos in Nursing*, 1(1), 23–32.

- Ray, M. A. (1994b). The richness of phenomenology: Philosophic, theoretic, and methodologic concerns. In J. Morse (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 116–135). Newbury Park, CA: SAGE.
- Ray, M. A. (1997a). Consciousness and the moral ideal: A transcultural analysis of Watson's theory of transpersonal caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 25–31.
- Ray, M. A. (1997b). The ethical theory of existential authenticity: The lived experience of the art of caring in nursing administration. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(1), 111–126.
- Ray, M. A. (1998). A phenomenologic study of the interface of caring and technology: A new reflexive ethics in intermediate care. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 71–79.
- Ray, M. A. (2000). Transcultural assessment of older adults. In S. Garratt, & S. Koch (Eds.), *Assessing older people: A practical guide for health professionals*. Sydney, Australia: MacLennan & Petty.
- Ray, M. A. (2001). The theory of bureaucratic caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 422–431). Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M. A. (2006). The theory of bureaucratic caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 360–368). Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M. (2010a). Creating caring organizations and cultures through communitarian ethics. *Journal of the World Universities Forum*, 3(5), 41–52.
- Ray, M. (2010b). *A study of caring within the institutional culture: The discovery of the theory of bureaucratic caring*. Saarbrücken, Germany: Lambert Academic Press.
- Ray, M. (2010c). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M. (2011). Complex caring dynamics: A unifying model for nursing inquiry. In A. Davidson, M. Ray, & M. Turkel (Eds.), *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being* (pp. 31–52). New York: Springer.
- Ray, M. (2013). Caring inquiry: The esthetic process in the way of compassion. In M. Smith, Z. Wolf, & M. Turkel (Eds.), *Caring in nursing classics: An essential resource*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M. (2018). Theory of bureaucratic caring. In M. J. Smith, & P. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (4th ed, pp. 107–117). New York: Springer Publishing Company.
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2000). Culturally based caring. In L. Dunphy, & J. Winland-Brown (Eds.), *Advanced practice nursing: A holistic approach* (pp. 43–55). Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M., & Turkel, M. (2012). A transtheoretical evolution of caring science within complex systems. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 28–49.
- Ray, M., & Turkel, M. (2014). Caring as emancipatory nursing praxis: The theory of relational caring complexity. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 132–146.
- Ray, M., & Turkel, M. (2015). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. In M. Smith, & M. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed, pp. 461–482). Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M., & Turkel, M. (2020). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. In M. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed, pp. 449–467). Philadelphia: F. A. Davis.
- Ray, M., Turkel, M., & Cohn, J. (2011). Relational caring complexity: The study of caring and complexity in health care hospital organizations. In A. Davidson, M. Ray, & M. Turkel (Eds.), *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being* (pp. 95–117). New York: Springer.
- Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 1–14.
- Smircich, L. (1985). Is the concept of culture a paradigm for understanding organizations and ourselves? In P. Frost, L. Moore, M. Louis, L. C. Lundberg, & J. Martin (Eds.), *Organizational culture*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Swinderman, T. (2011). Technological change in health care electronic documentation as facilitated by the science of complexity. In A. Davidson, M. Ray, & M. Turkel (Eds.), *Nursing, caring, and complexity science: For human-environment well-being* (pp. 309–319). New York: Springer.
- Talbot, M. (1991). *The holographic universe*. New York: Harper Collins.
- Turkel, M. (2001). Applicability of bureaucratic caring theory to contemporary nursing practice: The political and economic dimensions. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 433–444). Philadelphia: F. A. Davis.
- Turkel, M. (2003). A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 20–26.
- Turkel, M. (2004). *Magnet status: Assessing, pursuing, and achieving nursing excellence*. Marblehead, MA: HCPro.
- Turkel, M., & Ray, M. (2000). Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 307–313.
- Turkel, M., & Ray, M. (2001). Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 281–287.
- Turkel, M., & Ray, M. (2003). A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 17–25.
- Turkel, M. C., Ray, M. A., & Kornblatt, L. (2012). Instead of reconceptualizing the nursing process let's re-name it. *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 194–198.
- Vicenzi, A. E., White, K. R., & Begun, J. W. (1997). Chaos in nursing: Make it work for you. *American Journal of Nursing*, 97(10), 26–31.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health science* (2nd ed). New York: Springer.
- Wheatley, M. J. (2006). *Leadership and the new science: Discovering order in a chaotic world* (2nd ed). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Wu, J., & Ray, M. (2016). Technological caring for healthcare complexities of patients with cardiac disease comorbid with diabetes. *International Journal for Human Caring*, 20(2), 1–5.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

Rosa, W., Horton-Deutsch, S., Watson, J., Ray, M., Smith, M., Turkel, et al. (2019). *A handbook of caring science: Expanding the paradigm*. New York: Springer Publishing Company.

Capítulos de libros

France, N., & Ray, M. (2014). Studying caring science in nursing: The foundation of the discipline and profession of nursing at Florida Atlantic University, USA. In K. Vaidya (Ed.), *Nursing for the curious—Why study nursing* [Kindle version]: Recuperado de <http://www.amazon.com>.

Ray, M. A. (2001). Complex culture and technology: Toward a global caring communitarian ethics of nursing. In R. Locsin (Ed.), *Concerning technology and caring* (pp. 41–52). Westport, CT: Greenwood.

Ray, M. (2007). Technological caring as a dynamic of complexity in nursing practice. In A. Barnard, & R. Locsin (Eds.), *Perspectives on technology and nursing practice*. United Kingdom: Palgrave.

Ray, M. (2013). The theory of bureaucratic caring. In M. Smith, M. Turkel, & Z. Wolf (Eds.), *Caring in nursing classics: An essential resource* (pp. 309–320). New York: Springer.

Ray, M., Morris, E., & y McFarland, M. (2013). Ethnonursing method of Dr. Madeleine Leininger. In C. Beck (Ed.), *Encyclopedia of qualitative research methods* (pp. 213–229). New York: Routledge.

Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2000). Culturally based caring. In L. Dunphy, & J. Winland-Brown (Eds.), *Advanced practice nursing: A holistic approach* (pp. 43–55): Rogers, M. E. 1965.

Ray, M., & Turkel, M. (2015). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. In M. Smith, & M. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 461–482): Rogers, M. E. 1965.

Ray, M., & Turkel, M. (2019). Relational caring questionnaires. In K. Sitzman, & J. Watson (Eds.), *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (pp. 213–234). New York: Springer Publishing Company.

Ray, M., & Turkel, M. (2020). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. In M. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 449–467): Rogers, M. E. 1965.

Artículos de revistas

Douglas, M. K., Kempainen, J. K., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., Ray, M. A., Roper, J. M., et al. (2010). Chapter 10: Research methodologies for investigating cultural phenomena and evaluating interventions. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4), S373–S405.

Grumme, V., Barry, C., Gordon, S., & Ray, M. (2016). On virtual presence. *Advances in Nursing Science*, 39(1), 48–59.

Ray, M. A. (2011). A celebration of a life of commitment to transcultural nursing: Opening of the Madeleine M. Leininger Collection on Human Caring and Transcultural Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 97.

Ray, M. (2015). Rootedness in holistic nursing: The ontologic mystery and structure of caring. *Beginnings*, 35(2), 12–14.

Ray, M., & Turkel, M. (2001). Impact of TRICARE/managed care on total force readiness. *Military Medicine*, 166(4), 281–289.

Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 1–14.

Rosa, W., Dossey, B., Koithan, M., Kreitzer, M. J., Manjrekar, P., Meleis, A. I., et al. (2020). Nursing theory in the quest for the sustainable development goals. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 178–182.

Turkel, M., & Ray, M. (2000). Relational complexity: A theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 307–313.

Turkel, M., & Ray, M. (2001). Relational complexity: From grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 281–287.

Turkel, M., & Ray, M. (2003). A process model for policy analysis within the context of political caring. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 17–25.

Turkel, M., & Ray, M. (2004). Creating a caring practice environment through self-renewal. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 249–254.

Turkel, M., & Ray, M. A. (2005). Models of caring practice. [Editorial.]. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 7–8.

Wolf, Z., Bulfin, S., Groebbel, C., Packard, M., Ray, M., & Schoenhofer, S. (2019). Guiding principles for transforming curriculum through integration of technology as expression of caring. *International Journal for Human Caring*, 23(4), 338–348.

Fuentes secundarias

Libros

Buttaro, T., Polgar-Bailey, P., Sandberg-Cook, J., & Trybulski, J. (2020). *Primary care ebook: A collaborative practice* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.

Capítulos de libros

Coffman, S. (2015). Caring. In A. Berman, & S. Snyder (Eds.), *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (10th ed., pp. 448–461). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Artículos de revistas

Dyess, S. M., Prestia, A. S., & Smith, M. C. (2015). Support for caring and resiliency among successful nurse leaders. *Nursing Administrative Quarterly*, 39(2), 104–116.

Honda, J., Ray, M., & Hohashi, N. (2013). Ray's theory of bureaucratic caring and nursing organization management. *Health Care*, 55(12), 819–825.

Johnson, P. (2015). Ray's theory of bureaucratic caring: A conceptual framework for APRN primary care providers and the homebound population. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 41–44.

Lusiñana, A., Yetti, K., & Kuntarti, K. (2019). The strategies of bureaucratic caring implementation by nurse manager: A systematic review. *Enfermería Clínica*, 29, 41–46.

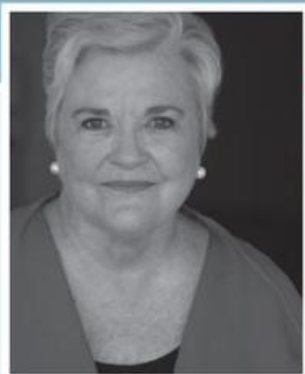
Martin, M. (2015). Gender equality and the empowerment of women in Arab countries: A transcultural caring perspective. *International Journal for Human Caring*, 19(1), 13–18.

Prestia, A. (2015). Chief nursing officer sustainment: A phenomenological inquiry. *Journal of Nursing Administration*, 45(11), 575–581.

- Robinson Wolf, Z., & France, N. E. M. (2017). Caring in nursing theory. *International Journal for Human Caring*, 21(2), 95–108.
- Sherman, R. (2012). Lessons in innovations: Role transition experiences of clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 40(12), 547–554.
- Torkkola, P. (2018). Transformational—taking time to care. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 547–548.
- Waschuk, K. (2018). Inequities within indigenous maternal health: A prevailing issue. *International Journal for Human Caring*, 22(2), 14–20.

Tesis doctorales y disertaciones

- Eggenberger, T. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting*. Boca Raton, Florida: Florida Atlantic University [Doctoral dissertation].
- Lusk, D. (2016). *Comparing the knowledge, skills and attitudes of newly hired nursing staff before and after implementation of a quality and safety competency-based nursing orientation program*. Denver, Colorado: Regis University [Doctoral dissertation]. <https://epublications.regis.edu/theses/840>.



Patricia Benner

Patricia Benner: cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería

Karen A. Brykczynski*

«La relación enfermera-paciente no es un proyecto uniforme y profesionalizado, sino un caleidoscopio de intimidad y distancia en algunos de los momentos más dramáticos, conmovedores y ordinarios de la vida.»

(Benner, 1984a)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Patricia Benner nació en Hampton, Virginia, y pasó su infancia en California, donde cursó sus primeros estudios. En 1964 se diplomó en Enfermería en el Pasadena College. Después, en 1970, cursó un máster de especialización en Enfermería médico-quirúrgica en la Facultad de Enfermería de la University of California, San Francisco (UCSF). En 1982 obtuvo el doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la University of California en Berkeley, y su tesis se publicó en 1984 (Benner, 1984b). Benner posee una amplia experiencia clínica en cuidados médico-quirúrgicos agudos, en cuidados intensivos y en el cuidado de salud domiciliario.

Benner tiene una rica formación en investigación y comenzó esta parte de su carrera en 1970 como enfermera investigadora de posgrado en la Escuela de Enfermería de la UCSF. Tras concluir su doctorado en 1982, se convirtió en profesora asociada en el Departamento de Enfermería Fisiológica de la UCSF, y en 1989 obtuvo el puesto de profesora. En 2002 se trasladó al Department of Social and Behavioral Sciences de la misma universidad, donde fue la primera en ocupar la Thelma Shobe Cook Endowed Chair in Ethics and Spirituality. Impartió cursos de doctorado y másteres, y participó en tres o cuatro comités de evaluación de tesis cada año. Benner abandonó la docencia a tiempo completo en 2008 como profesora emérita de la UCSF, pero sigue realizando actividades como conferenciante, docente y profesora visitante, además de

redactar artículos y participar en proyectos de investigación. En la actualidad es directora de desarrollo de educaturnurses.com y colabora con la Dra. Pat Hooper-Kyriakidis en un programa de simulación clínica en línea, NovEx (<http://www.novicetoexpert.org>), que se utiliza en los programas de orientación y desarrollo profesional de los hospitales. La demanda de este programa para la enseñanza clínica en las escuelas de enfermería ha aumentado durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

Benner es autora de muchas publicaciones y ha recibido numerosos reconocimientos y premios. Fue incluida en la Real Sociedad Danesa de Enfermería como miembro honorario en 2012, y recibió el premio Sigma Theta Tau al mejor autor de libros internacional, compartido con sus coeditores por *Interpretive Phenomenology in Health Care Research* (Chan et al., 2010). Fue galardonada en 1984, 1989, 1996, 1999 y 2011 con el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing* por las obras *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984a), *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* (1989, con Wrubel), *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (1996, con Tanner y Chesla), *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (1999, con Hooper-Kyriakidis y Stannard) y la segunda edición de *Clinical Wisdom* (2011), respectivamente. *The Crisis of Care: Affirming and Restoring Caring Practices in the Helping Professions* (1994), editado por Susan S. Phillips y Patricia Benner, fue seleccionado para la lista CHOICE de libros académicos destacados de 1995. Los libros de Benner y varios de sus artículos han sido traducidos a 12 idiomas. Benner recibió el premio al CD-ROM del año del *American Journal of Nursing*

*Autoras anteriores: Juliette C. Mitre, Sr., Judith E. Alexander y Susan L. Keller. La autora desea expresar su agradecimiento a Patricia Benner por la revisión de este capítulo.

media por *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2001, con Hooper-Kyriakidis y Stannard), que es la obra precursora del programa de aprendizaje por simulación clínica NovEx.

En 1985, Benner ingresó en la American Academy of Nursing. Recibió el Premio Linda Richards por su liderazgo en la formación en 1989, el Premio a la Excelencia en el Liderazgo para la Formación en Enfermería en 2010 y el Premio de la Presidencia a la Creatividad e Innovación en la Formación en Enfermería, los tres de la National League for Nursing (NLN). En 1990, recibió el Premio a la Excelencia en Investigación de Enfermería y a la Excelencia en Formación de Enfermería de la California Organization of Nurse Executives. También fue distinguida con el Premio al Alumno del Año del Point Loma Nazarene College (anteriormente Pasadena College) en 1993. En 1994, Benner se convirtió en miembro honorario del Royal College of Nursing, Reino Unido. En 1995, recibió el Premio Helen Nahm a la Investigación del profesorado de UCSF por su contribución a la ciencia y la investigación en enfermería. En 2002, Benner recibió un premio por su destacada contribución a la profesión, otorgado por el National Council of State Boards of Nursing, por el desarrollo del instrumento TERCAP (Taxonomy of Error, Root Cause and Practice), una herramienta electrónica de recogida de datos utilizada para recabar las fuentes y la naturaleza de los errores de enfermería (Benner et al., 2002).

En 2002, el Institute for Nursing Healthcare Leadership conmemoró el impacto del histórico libro *From Novice to Expert* (1984a) con un premio que reconocía los 20 años de recopilación y ampliación de la sabiduría clínica, el aprendizaje basado en la experiencia y las prácticas asistenciales, y con la celebración de la conferencia «Abriendo camino: el poder de las enfermeras expertas para definir el futuro». Benner recibió el Premio al Espíritu Pionero de la American Association of Critical Care Nurses en mayo de 2004 por su trabajo sobre la adquisición de competencias y la articulación del conocimiento de enfermería en los cuidados críticos. En 2007 fue seleccionada para el Wall of Fame de la UCSF School of Nursing y recibió el Premio a la Excelencia en Investigación de la American Organization of Nurses Executives (AONE). En 2008, Benner fue considerada la cuarta enfermera más influyente de los últimos 60 años por los lectores de la revista *Nursing Standard* del Reino Unido. Fue profesora visitante en la University of Pennsylvania School of Nursing en 2009 y en la Seattle University School of Nursing en 2013. Junto con su marido y colega, Richard Benner, Patricia Benner ejerció la asesoría en todo el mundo en relación con los modelos de desarrollo de la práctica clínica (CPDM) (Benner y Benner, 1999). Benner fue nombrada directora de Estudios de Formación de Enfermería para el Preparation for the Professions Program (PPP) de la Carnegie Foundation en marzo del 2004. El libro publicado a partir de este estudio nacional, *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*, fue galardonado en 2010 con el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing* y con el Prose Award for Scholarly Writing. En 2011,

la American Academy of Nursing reconoció a Patricia Benner como Leyenda Viva.

FUENTES TEÓRICAS

Benner reconoce que su forma de pensar sobre la enfermería se ha visto influida por Virginia Henderson. Ha estudiado la práctica en enfermería clínica en un intento por descubrir y describir el conocimiento integrado en la práctica de la enfermería. Mantiene que el conocimiento se acumula con el tiempo en una disciplina práctica y se desarrolla a través del aprendizaje experimental, el razonamiento y la reflexión situados sobre la práctica en situaciones concretas. Se refiere a este trabajo como una **investigación de la articulación** (influida por Taylor, 1989, 1991, 1994; Geertz, 1973/1977), definida como la «descripción, ilustración y dotación de un lenguaje a las áreas dadas por supuestas de sabiduría práctica, conocimientos especializados y nociones de buenas prácticas» (Benner et al., 2011, p. 5). Una de las distinciones filosóficas de la obra de Benner es la diferenciación entre el conocimiento práctico y el conocimiento teórico. Citando a Kuhn (1970) y Polanyi (1958), filósofos de la ciencia, Benner (1984a) subraya la diferencia entre el «saber práctico», un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones abstractas precisas, y el «saber teórico», que se presta a explicaciones teóricas. Las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra. Por tanto, la práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. Estudiando la práctica, las enfermeras descubren nuevos conocimientos. Las enfermeras deben desarrollar el conocimiento a partir de la práctica y, mediante la investigación y la observación, empiezan a registrar y desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. Lo ideal es que el diálogo entre la práctica y la teoría cree nuevas posibilidades y nuevos entendimientos de la práctica enfermera habilidosa y contextualizada. La teoría proviene de la práctica y la práctica puede ampliarse y enriquecerse a través de la teoría. Benner cree que las enfermeras han sido descuidadas a la hora de articular y documentar su aprendizaje clínico, y «esta falta de registro de nuestras prácticas y observaciones clínicas priva a la teoría de la enfermería de la singularidad y la riqueza del conocimiento integrado en la práctica clínica experta» (Benner, 1983, p. 36).

Hubert Dreyfus introdujo a Benner en la fenomenología. Stuart Dreyfus, en investigación de operaciones, y Hubert Dreyfus, en filosofía, ambos profesores de la University of California en Berkeley, desarrollaron el Modelo Dreyfus de adquisición de habilidades (Dreyfus y Dreyfus, 1980, 1986), que Benner aplicó en su obra *From Novice to Expert* (Benner, 1984a; Benner et al., 2009, 2011). Reconoce la erudición, la enseñanza y el compañerismo de Jane Rubin (1984) como fuentes de inspiración e influencia, especialmente en relación con las obras de Heidegger (1962) y Kierkegaard (1962). Richard Lazarus (Lazarus, 1985; Lazarus y Folkman, 1984) fue

su mentor en el campo del estrés y el afrontamiento. Judith Wrubel colaboró y escribió varias obras con Benner durante años, participando en la ontología del cuidado y en las prácticas del cuidado (Benner y Wrubel, 1989; Wrubel, 1985). Otras influencias filosóficas y éticas en el trabajo de Benner son Dreyfus y Taylor (2015), Dunne (1993), Løgstrup (1997), MacIntyre (1981), Martinsen (Alvsvåg, 2014), Merleau-Ponty (1962) y O'Neill (1996).

Benner (1984a) adaptó el modelo de Dreyfus a la práctica clínica enfermera. Los hermanos Dreyfus desarrollaron el modelo de adquisición de habilidades estudiando la actuación de jugadores de ajedrez y pilotos de avión (Dreyfus y Dreyfus, 1980, 1986). Este modelo es situacional y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: 1) principiante; 2) principiante avanzado; 3) competente; 4) eficiente, y 5) experto. El modelo de habilidades postula que los cambios en cuatro aspectos de la ejecución se producen durante la transición por los niveles de adquisición de habilidades: 1) se pasa de confiar en principios y normas abstractas a utilizar experiencias específicas pasadas; 2) se pasa de la confianza en el pensamiento analítico, basado en normas, a la intuición; 3) cambio en la percepción de la situación por parte del alumno, que pasa de verla como un conjunto de piezas igualmente relevantes a verla como un todo cada vez más complejo, en el que ciertas partes destacan como más o menos relevantes, y 4) se pasa de ser un observador desapegado, que se mantiene al margen de la situación, a una posición de implicación y compromiso pleno con la situación (Benner et al., 1992).

Dado que el modelo se basa en la situación y no en los rasgos, el nivel de rendimiento no es una característica individual de un ejecutor individual, sino una función de la familiaridad y los conocimientos especializados de una enfermera determinada con una situación concreta en combinación con su formación. El nivel de rendimiento solo puede determinarse de forma fiable mediante la validación consensuada por parte de jueces expertos que evalúen la observación directa de la práctica enfermera, los relatos narrativos de la práctica real en primera persona (Geertz, 1973/1977) y la evaluación de los resultados clínicos de la situación (Benner, 1984a; Benner et al., 2009). Al investigar la aplicación del modelo de Dreyfus a la enfermería, Benner observó que «la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida (más eficaz, eficiente y fiable) cuando tiene lugar a partir de una base educativa sólida» (1984a, p. xix). La habilidad y la práctica cualificada se definen como la aplicación de intervenciones de enfermería cualificadas y del criterio clínico mediante el razonamiento a lo largo del tiempo, a medida que se producen cambios en situaciones particulares de los pacientes o en los conocimientos del profesional clínico en situaciones clínicas reales (Benner et al., 2011). No se refiere a las habilidades psicomotoras sin contexto ni a otras intervenciones concretas y explícitas sin comprender el contexto de esas intervenciones de enfermería.

En investigaciones posteriores llevadas a cabo para explicar mejor el modelo de Dreyfus, Benner identificó dos aspectos

interrelacionados de la práctica que también distinguen los niveles de la práctica desde el principiante avanzado hasta el experto (Benner et al., 1992, 1996, 2009). En primer lugar, los profesionales clínicos con diferentes niveles de práctica se encuentran en diferentes entornos clínicos, identifican distintas necesidades específicas que necesitan una acción y responden a ellas. En segundo lugar, los profesionales clínicos desarrollan lo que Benner denomina *agencia* o sentido de responsabilidad hacia el paciente, y evolucionan hasta convertirse en miembros que participan plenamente en el equipo asistencial. Las habilidades adquiridas a través de la experiencia enfermera y la conciencia perceptiva que desarrollan las enfermeras expertas como responsables de la toma de decisiones a partir de la «gestalt de la situación» las llevan a seguir la intuición mientras buscan pruebas que confirmen los cambios sutiles que observan en los pacientes (1984a, p. xviii).

El concepto de que la experiencia se define como el resultado cuando las nociones preconcebidas son cuestionadas, perfeccionadas o refutadas en situaciones reales se basa en los trabajos de Heidegger (1962) y Gadamer (1970). A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. La pericia se desarrolla a medida que el clínico demuestra las expectativas basadas en un principio y las modifica aplicándolas a una situación real. Benner rechazó las descripciones cartesiano-dualistas de la persona como mente y cuerpo, y se adhirió a la descripción fenomenológica de la persona que Heidegger elaboró, como un ser que se autointerpreta y está interesado por sus preocupaciones, prácticas y experiencias vitales. Las personas siempre están **ligadas a una situación**, es decir, están comprometidas de forma significativa en el contexto en el que se encuentran. Por el hecho de ser humanos, materializamos la inteligencia que ejercemos al participar en situaciones que exigen nuestra atención, preocupación y actuación. Cuando se encuentra con una situación familiar, el agente inteligente comprometido experimenta una captación perceptiva, un reconocimiento materializado de su significado. Por ejemplo, después de ser testigo de alguien que ha desarrollado un embolismo pulmonar, una enfermera observa matices cualitativos y tiene la habilidad de reconocimiento antes que otras enfermeras que no lo han visto antes. Benner y Wrubel (1989) afirman que «la actividad práctica, que es posible gracias a nuestra inteligencia materializada, ha sido considerada durante mucho tiempo como «inferior» a la actividad intelectual y reflexiva», pero sostienen que las capacidades intelectuales y reflexivas dependen del **conocimiento materializado** (p. 43). El conocimiento materializado y el significado del ser son premisas para la capacidad de cuidar; todo tiene una importancia y «hacen que nos impliquemos en nuestras preocupaciones y que estemos definidos por ellas» (p. 42).

Mientras realizaba sus estudios de doctorado en Berkeley, Benner fue ayudante de investigación de Richard S. Lazarus (Lazarus, 1985; Lazarus y Folkman, 1984), conocido por su teoría del estrés y el afrontamiento. Como parte de un estudio

más amplio de Lazarus, Benner estudió el significado del trabajo y el afrontamiento de los hombres en la mitad de su carrera profesional, que se publicó como *Stress and Satisfaction on the Job: Work Meanings and Coping of Mid-Career Men* (1984b). Se considera que la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus pertenece a la fenomenología, porque la persona constituye significados y, a su vez, está constituida por ellos. El estrés es la interrupción de significados y el afrontamiento es lo que la persona hace para combatir esta interrupción. Tanto llevar a cabo una acción como abstenerse de realizarla son métodos de afrontamiento. Este está unido a los significados inherentes a lo que la persona interpreta como estresante. El modo en que la persona se encuentra en la situación determina las diferentes posibilidades. Al aplicar este concepto a la práctica enfermera clínica, Benner planteó la teoría de que las enfermeras marcan la diferencia, porque abordan las situaciones desde una perspectiva de cuidado. Esta perspectiva comprometida de estar involucrados en un mundo vital se aleja de la visión de René Descartes (Trans, 2016) del individuo idiosincrásico privado con una mente privada separada del cuerpo y un mundo objetivado independiente.

El enfoque de Benner al desarrollo del conocimiento que comenzó con *From Novice to Expert* (1984a) inició una tradición viva y creciente para el aprendizaje de la práctica clínica de la enfermería a través de la recopilación e interpretación de ejemplos basados en narrativas de experiencias en primera persona sobre la inmersión en la práctica clínica de la enfermería (Benner, 1994; Benner y Benner, 1999; Benner et al., 1996, 1999, 2009, 2011). Benner y Benner (1999) afirmaron lo siguiente:

«La prestación eficaz de unos cuidados al paciente/familiar requiere una atención colectiva y un apoyo mutuo de las buenas prácticas en el seno de una comunidad moral de profesionales que tratan de crear y mantener las buenas prácticas... Esta visión de la práctica está tomada de la tradición aristotélica de la ética (Aristóteles, 1985) y de la articulación más reciente de esta tradición por Alasdair MacIntyre (1981), donde la práctica se define como un esfuerzo colectivo que tiene nociones internas correctas en la práctica ... Sin embargo, tales esfuerzos colectivos deben proceder de profesionales individuales con una perspectiva del saber práctico, el arte, la ciencia y la imaginación moral, que continúan creando y ejemplificando una buena práctica.»

(pp. 23–24)

USO DE DATOS EMPÍRICOS

De 1978 a 1981, Benner fue la autora y directora de un proyecto financiado con fondos federales para la consecución de métodos para el consenso, la valoración y la evaluación in-

traprofesional, conocido como el proyecto AMICAE. Esta investigación dio lugar a la publicación de *From Novice to Expert* (1984a). Benner dirigió el proyecto AMICAE con el fin de desarrollar los métodos de evaluación para las escuelas de enfermería y los hospitales participantes en la zona de San Francisco. Fue un estudio interpretativo y descriptivo que propició el uso de los cinco niveles de competencia de Dreyfus para describir la adquisición de una habilidad en la práctica de la enfermería clínica. Benner (1984a) explica que el enfoque interpretativo busca una rica descripción de la práctica enfermera a partir de la observación y los relatos narrativos de la práctica enfermera real para proporcionar un texto para la interpretación (hermenéutica).

Las descripciones que las enfermeras dan sobre situaciones de cuidado de pacientes en las que marcaron una diferencia positiva «presentan la singularidad de la enfermería como disciplina y arte» (Benner, 1984a, p. xxvi). Más de 1.200 enfermeras rellenaron los cuestionarios y respondieron a las entrevistas como parte del proyecto AMICAE. Las entrevistas se realizaron por parejas con los preceptores y los tutelados y «tenían como objetivo descubrir si había diferencias distinguibles y características en las descripciones realizadas por los principiantes y los expertos de un mismo incidente clínico» (Benner, 1984a, p. 14). Se realizaron entrevistas y observaciones adicionales de los participantes con 51 enfermeras clínicas y otras enfermeras recién graduadas y estudiantes de enfermería de último año para «describir las características de la actuación de las enfermeras en las diferentes etapas de la adquisición de habilidades» (Benner, 1984a, p. 15). El propósito «de la investigación es descubrir los significados y el conocimiento incorporado en la práctica cualificada. Al hacer públicos los significados, habilidades y conocimientos, se constituyen nuevos conocimientos e ideas» (Benner, 1984a, p. 218).

Se extrajeron 31 competencias a partir del análisis de las transcripciones de las entrevistas sobre las descripciones detalladas de las enfermeras de los episodios de atención al paciente, que incluían sus intenciones e interpretaciones de los acontecimientos. A partir de estas competencias, que se identificaron en situaciones de la práctica real, se derivaron inductivamente los siguientes siete dominios en función de la similitud de la función y la intención (Benner, 1984a):

1. El rol de ayuda.
2. La función de enseñanza-formación.
3. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
4. Gestión eficaz de situaciones que cambian rápidamente.
5. Administración y supervisión de intervenciones y regímenes terapéuticos.
6. Control y garantía de la calidad de las prácticas asistenciales.
7. Competencias organizativas del rol laboral.

Cada dominio se desarrolló utilizando las competencias relacionadas a partir de descripciones de situaciones de la práctica real. Benner presentó los dominios y las competencias de la práctica enfermera como un marco interpretativo abierto para potenciar la idea del conocimiento elaborado a

partir de la práctica enfermera. Como resultado de la naturaleza socialmente arraigada, relacional y dialógica del conocimiento clínico, los dominios y las competencias deben adaptarse para su uso en cada institución a través del estudio de la práctica clínica en cada lugar específico (Benner y Benner, 1999). Estas adaptaciones se han aplicado en muchas instituciones para el personal de enfermería de hospitales de todo el mundo (Alberti, 1991; Balasco y Black, 1988; Brykczynski, 1998; Dolan, 1984; Gaston, 1989; Gordon, 1986; Hamric et al., 1993; Lock y Gordon, 1989; Nuccio et al., 1996; Silver, 1986a, 1986b). Los dominios y las competencias también han sido útiles para la articulación continua de los conocimientos integrados en la práctica de la enfermería avanzada (Brykczynski, 1999; Fenton, 1985; Fenton y Brykczynski, 1993; Lindeke et al., 1997; Martin, 1996).

Benner y Wrubel (1989) explicaron y desarrollaron el trasfondo del estudio continuo del conocimiento integrado en la práctica enfermera en su obra *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Este texto ofrece una reformulación del modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1984) sobre el estrés y el afrontamiento y, en su lugar, hace hincapié en una comprensión de fondo no cognitiva, a menudo tácita o implícita, de situaciones específicas. Benner y Wrubel observaron que el cuidado se aborda «como productor tanto del estrés como del afrontamiento en la experiencia vivida de salud y enfermedad como la condición que facilita la práctica enfermera (y naturalmente, cualquier práctica) y los modos en que la práctica enfermera basada en el cuidado puede mejorar el pronóstico de una enfermedad» (1989, p. 7). Algunos de los principios clave de *The Primacy of Caring* son:

1. Los seres humanos perciben más fácilmente lo que les importa, por lo que las preocupaciones conforman el mundo vital de la persona, las acciones que realiza y lo que percibe y responde, y de qué manera.
2. Los significados, la inteligencia y las nociones del bien se personifican en los hábitos y la acción, las habilidades prácticas y la percepción. Por eso, el «saber teórico» debe ir acompañado de la comprensión situada del «saber práctico» en situaciones concretas.
3. La acción inteligente materializada en las situaciones, en lugar de ser solo o principalmente pensada explícitamente, es además vivida (habitada, morada) y a menudo no es accesible o disponible estrictamente a través de una intencionalidad clara, explícita o «pura» o de conceptos formales.

Benner amplió la investigación presentada en *From Novice to Expert* (1984a) en *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (Benner et al., 1996, 2009). Este último libro presenta un estudio de 6 años con 130 enfermeras de hospital, principalmente enfermeras de cuidados intensivos; en él examina cómo adquieren los conocimientos clínicos hasta convertirse en expertas, y la naturaleza del conocimiento clínico, la investigación y el juicio clínicos, además del

comportamiento ético experto. Los objetivos clave del estudio fueron:

- Definir los conocimientos prácticos implícitos en la práctica profesional.
- Describir la naturaleza de la adquisición de habilidades en la práctica de la enfermería en cuidados intensivos.
- Identificar los obstáculos y recursos institucionales para adquirir experiencia en la práctica de la enfermería.
- Comenzar a identificar estrategias educativas que fomenten el desarrollo de la experiencia.

En la introducción de *Expertise in Nursing Practice*, los autores afirmaron: «En el estudio descubrimos que el análisis de la naturaleza de la responsabilidad de la enfermera, por la que entendemos el sentido y las posibilidades de actuar en situaciones clínicas particulares, dio nuevas ideas sobre cómo la percepción y la acción son ambas moldeadas por una comunidad de práctica» (Benner et al., 2009, p. xix). Este estudio se tradujo en una idea más clara de las diferencias entre el compromiso con un problema o situación y las habilidades enfermeras necesarias para la implicación interpersonal. Observaron que estas habilidades se aprenden con el tiempo y la experiencia. La habilidad de la implicación se consideró esencial para llegar a ser una enfermera experta. Las investigadoras mencionaron la relación existente entre tomar una decisión clínica y una decisión ética (es decir, cómo lo que un individuo considera un buen o mal resultado y lo que considera una intervención de calidad afectan a las acciones y juicios clínicos). Este estudio representaba la primera fase de la articulación del proyecto diseñado para describir la naturaleza de la práctica del cuidado enfermero a enfermos graves.

La segunda fase tuvo lugar de 1996 a 1997 y en ella participaron 76 enfermeras (32 de ellas de práctica avanzada) de seis hospitales diferentes. Este trabajo se presentó en *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*, que fue publicado en 1999 y luego actualizado y ampliado en 2011 por Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard. Se identificaron los siguientes nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves como temas generales de esta segunda fase:

1. Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes graves e inestables.
2. Utilizar los conocimientos prácticos para gestionar una crisis.
3. Proporcionar medidas de comodidad a los pacientes en situación crítica.
4. Cuidar de las familias de los pacientes.
5. Prevenir los riesgos de un entorno tecnológico.
6. Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones al final de la vida.
7. Comunicar y discutir múltiples perspectivas.
8. Controlar la calidad y gestionar las crisis.
9. Utilizar los conocimientos prácticos del liderazgo clínico y la orientación y el consejo de los demás.

Estos nueve dominios de la práctica de enfermería en cuidados intensivos se utilizaron como temas generales para

interpretar los datos e incorporar descripciones de los siguientes nueve aspectos del juicio clínico y el comportamiento experto:

1. Desarrollar un sentido de importancia.
2. Aprendizaje e integración situados de la adquisición y el uso de los conocimientos.
3. Compromiso de transición en el razonamiento.
4. Conocimientos expertos.
5. Práctica basada en las respuestas.
6. Sentido de responsabilidad.
7. Agudeza perceptiva y compromiso interpersonal con los pacientes.
8. Integración del razonamiento clínico y ético.
9. Desarrollo de la imaginación clínica.

La identificación del dominio clínico y la previsión clínica (dos hábitos de pensamiento omnipresentes vinculados a la acción en la práctica enfermera en la segunda fase de este proyecto de articulación) enriqueció la comprensión del

juicio clínico (Benner et al., 2011). El dominio clínico es la investigación clínica en marcha que identifica el problema y da un juicio clínico a lo largo del tiempo con respecto a los cambios específicos de pacientes y familias concretas. Tiene cuatro aspectos: «hacer distinciones cualitativas, participar en el trabajo de investigación, reconocer la importancia clínica cambiante y desarrollar el conocimiento clínico en poblaciones específicas de pacientes» (Benner et al., 2011, p. 30).

Aunque la previsión clínica desempeña un papel en el dominio clínico, también desempeña un papel esencial en la estructuración de la lógica práctica de los profesionales clínicos y merece su propia descripción. La previsión clínica se refiere al menos a cuatro hábitos de pensamiento y acción: «pensar en el futuro, la previsión clínica de diagnósticos y lesiones específicas, anticipación de riesgos, las crisis y las vulnerabilidades de determinados pacientes, y previsión de lo inesperado» (Benner et al., 2011, p. 71).

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Principiante

En la etapa de **principiante** de la adquisición de habilidades según el modelo de Dreyfus, la persona no tiene ninguna experiencia previa de la situación en la que está involucrada. Para guiar la actuación, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos. Existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por lo general, este nivel se corresponde con los estudiantes de enfermería, pero Benner ha sugerido que enfermeras con mayores niveles de destreza en un área de práctica podrían clasificarse en el nivel de principiante si se encuentran en un área o una situación completamente extraña para ellas, como pasar de los cuidados generales médico-quirúrgicos en adultos a los cuidados intensivos neonatales (Benner, 1984a).

Principiante avanzada

La etapa de **principiante avanzada** del modelo de Dreyfus se desarrolla cuando la persona puede demostrar una actuación ligeramente aceptable después de haberse enfrentado a suficientes situaciones reales o después de que un tutor le haya señalado los componentes importantes recurrentes de la situación. La principiante avanzada tiene suficiente experiencia para dominar algunos aspectos de la situación (Benner, 1984a). A diferencia de lo que sucede con los atributos y las características, no pueden objetivarse los aspectos del todo, ya que requieren que la experiencia se base en la identificación del contexto de la situación.

Las enfermeras que funcionan en este nivel se guían por normas y se orientan por la realización de tareas. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. Las enfermeras que

se encuentran en la etapa de principiante avanzada ven las situaciones clínicas como una prueba de sus habilidades y las demandas de la situación que se les impone, más que en términos de necesidades y respuestas del paciente (Benner et al., 1992). Benner situó a las enfermeras recién graduadas en este nivel.

Competente

Mediante el aprendizaje a partir de situaciones de la práctica real e imitando las acciones de otros, la principiante avanzada pasa al nivel **competente** (Benner et al., 1992). La coherencia, la previsibilidad y la gestión del tiempo son importantes para un rendimiento competente. La sensación de dominio se adquiere mediante la planificación y la previsibilidad (Benner et al., 1992). El nivel de eficiencia aumenta, pero «la atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización del mundo de las tareas por parte de la enfermera, más que en el tiempo dedicado a las necesidades del paciente» (Benner et al., 1992, p. 20). La enfermera competente puede mostrar una hiperresponsabilidad por el paciente, a menudo más de lo que es realista, así como una visión omnipresente y crítica de sí misma (Benner et al., 1992).

La etapa competente es la más importante en el aprendizaje clínico, porque el alumno empieza a reconocer patrones y a determinar qué elementos de la situación merecen atención y cuáles pueden ser ignorados. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación. Para llegar a ser eficiente, la enfermera competente permite que la situación guíe las respuestas (Dreyfus y Dreyfus, 1996). Los estudios señalan la importancia de la

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

enseñanza y el aprendizaje activos en la etapa de competencia para las enfermeras que hacen la transición de la competencia a la eficiencia (Benner, 2005; Benner et al., 2010, 2009, 2011). La etapa competente del aprendizaje es crucial en la formación del comportamiento ético cotidiano de la enfermera (Benner, 2005).

Eficiente

En la etapa **eficiente** del modelo Dreyfus, la situación se percibe como un todo (la imagen total) en lugar de en términos de aspectos, y la actuación se guía por máximas. El estadio eficiente es un salto cualitativo respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más destacados y tiene un dominio intuitivo de la situación basado en la información previa que conoce (Benner, 1984a).

Las enfermeras de este nivel demuestran una nueva capacidad para ver la relevancia cambiante de una situación, lo que incluye el reconocimiento y la implantación de respuestas cualificadas a la situación a medida que esta evoluciona. Ya no dependen de unos objetivos preestablecidos para organizarse y demuestran una mayor confianza en sus conocimientos y habilidades (Benner et al., 1992). En este estadio, la enfermera está más implicada con el paciente y su familia. La etapa de eficiencia es una transición hacia la etapa de experto (Benner et al., 2009).

Experto

La quinta etapa del modelo de Dreyfus se alcanza cuando «la persona experto ya no se basa en el principio analítico (es decir, la norma, la directriz, la máxima) para conectar una comprensión de la situación con una acción apropiada» (Benner, 1984a, p. 31). Benner describió a la enfermera **experta** como una persona con una comprensión intuitiva de la situación y capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en considerar una serie de diagnósticos y soluciones alternativas. Existe un cambio cualitativo, ya que la enfermera «conoce al paciente», lo que significa que conoce los clásicos patrones de respuesta, y que lo conoce como persona. Entre los aspectos clave de la práctica experta se encuentran los siguientes (Benner et al., 2009):

- Demostración de dominio clínico y de la práctica basada en los recursos.
- Posesión de conocimientos prácticos materializados.
- Visión de conjunto.
- Previsión de lo inesperado.

La enfermera experta tiene la capacidad de reconocer patrones gracias a una profunda experiencia. Para la enfermera experta, conocer las preocupaciones y las necesidades reales del paciente es muy importante, incluso si ello significa planificar y negociar un cambio en el plan de cuidados. Existe una visión casi transparente de uno mismo (Benner et al., 1992).

Aspectos de una situación

Los **aspectos** son los componentes situacionales significativos recurrentes que se reconocen y comprenden en el contexto porque la enfermera tiene una experiencia previa (Benner, 1984a).

Atributos de una situación

Los **atributos** son propiedades medibles de una situación que pueden explicarse sin haberla vivido previamente (Benner, 1984a).

Competencia

La **competencia** es «un área definida de manera interpretativa como una actuación cualificada identificada y descrita por su intención, funciones y significados» (Benner, 1984a, p. 292). Este término no está relacionado con la etapa competente del modelo de Dreyfus.

Dominio

El **dominio** es un área de práctica que tiene una serie de competencias con intenciones, funciones y significados similares (Benner, 1984a).

Ejemplo

Un **ejemplo** es una narración en primera persona de una situación clínica que transmite unos significados comunes de la práctica enfermera que se dan por sentados y que son reconocidos por otras enfermeras (Benner, 1984a).

Experiencia

La **experiencia** no consiste simplemente en el paso del tiempo, sino que es un proceso activo de perfeccionamiento y cambio de teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales; implica un diálogo entre lo que se encuentra en la práctica y lo que se espera (Benner y Wrubel, 1982).

Máxima

La **máxima** es una frase acertada que señala cómo actuar en una situación, como la indicación que se da a las enfermeras de neonatología de «seguir las orientaciones proporcionadas por el cuerpo». Una máxima proporciona una descripción de la actuación cualificada que requiere un cierto nivel de experiencia para reconocer las implicaciones de las instrucciones (Benner, 1984a).

Caso paradigmático

Un **caso paradigmático** es una experiencia clínica que destaca y altera la forma en que la enfermera percibirá y entenderá las futuras situaciones clínicas (Benner, 1984a). Los casos paradigmáticos producen nuevas ideas clínicas, y abren nuevas perspectivas y alternativas clínicas.

(Continúa)



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Importancia

La **importancia** describe una postura perceptiva o un conocimiento incorporado por el que los aspectos de una situación se destacan como más o menos importantes (Benner, 1984a).

Comportamiento ético

El **comportamiento ético** es una buena conducta que nace de una relación individualizada con el paciente. Implica un compromiso en una situación concreta y conlleva un sentimiento de pertenencia al grupo profesional correspondiente. Está socialmente arraigado, vivido y plasmado en prácticas, formas de ser y respuestas a una situación clínica que promueven el bienestar del paciente (Day y Benner, 2002). «Los criterios clínicos y éticos son inseparables y deben guiarse por el hecho de estar con y entender los problemas humanos y las posibilidades en situaciones concretas» (Benner, 2000, p. 305).

Hermenéutica

Hermenéutica significa «interpretación». El término deriva de la exégesis bíblica y judicial. Cuando se utiliza en la investigación, la hermenéutica se refiere a la descripción y el estudio de «fenómenos humanos significativos de una manera

cuidadosa y detallada, con la máxima independencia posible de suposiciones teóricas previas, basándose en cambio en la comprensión práctica» (Packer, 1985, pp. 1081-1082).

Formación

«La transformación y la **formación**... se refieren al desarrollo de los sentidos, la estética, las agudezas perceptivas, las habilidades relacionales, los conocimientos y las disposiciones que tienen lugar a medida que los estudiantes de enfermería forman su identidad profesional» (Day et al., 2009, p. 87). Van más allá del conocimiento de contenidos o el desempeño de roles, para convertirse en una característica moral, la autocomprensión y la identidad como enfermera.

Entrenamiento situado

El **entrenamiento situado** se identificó como la pedagogía característica de la enfermería en el estudio *Educating Nurses* (Benner et al., 2010). Se produce en situaciones clínicas particulares en las que el profesor describe su interpretación de la situación a los alumnos, incluido lo que se percibe como más relevante y destacado (Benner, 2015). El entrenamiento situado permite a los estudiantes aprender a hacer distinciones cualitativas y reconocer tendencias y cambios en las respuestas del paciente (Day y Benner, 2014).

PRINCIPALES PREMISAS

Benner incorpora los siguientes supuestos (esbozados en la disertación de Brykczynski de 1985) en su investigación continua de la articulación:

- No hay datos sin interpretación. Se abandona así el supuesto de la ciencia natural de que existe una realidad independiente cuyo significado puede representarse plenamente mediante términos o conceptos atemporales y abstractos (Taylor, 1982).
- No hay datos no reactivos. Esto abandona la falsa creencia de la ciencia natural de que se pueden observar los datos brutos de manera neutral (Taylor, 1982).
- Los significados están integrados en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados. Se dan por sentado y a menudo no son reconocidos como conocimiento. Según Polanyi (1958), un contexto posee un significado existencial, y esto lo distingue del «significado denotativo o, más generalmente, representativo» (p. 58). Afirma que la transposición de un todo significativo en términos de sus partes constituyentes lo priva de todo propósito o significado.
- Las personas que comparten una historia cultural y lingüística común tienen un bagaje de significados comunes que permiten la comprensión y la interpretación. Heidegger (1962) se refiere a esto como *comprensión primordial*,

después de los escritos de Dilthey (1976) de finales del siglo XIX y principios del XX en los que se afirma que la organización cultural y los significados preceden e influyen en la comprensión individual.

- Los significados implícitos en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados no pueden hacerse completamente explícitos; sin embargo, pueden ser interpretados por alguien que comparta un lenguaje y un bagaje cultural similares y pueden ser validados de forma consensuada por los participantes y los profesionales pertinentes. Los seres humanos son seres que se interpretan a sí mismos (Heidegger, 1962). La hermenéutica es la interpretación de los contextos culturales y de la acción humana con sentido.
- Los seres humanos son seres integrados y holísticos. Se abandona la división cuerpo-mente. La inteligencia materializada permite la habilidad, que se transforma a través de la experiencia y la maestría (Dreyfus y Dreyfus, 1980, 1986). Benner afirmó: «Este modelo supone que todas las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto» (1984a, p. 178). La elevación jerárquica de la actividad intelectual reflexiva por encima de la actividad experta materializada ignora que la acción experta es una forma de conocimiento y que el cuerpo experto puede ser esencial para los

niveles más estimados de la inteligencia humana (Dreyfus, 1979).

En sus publicaciones, Benner et al. explicaron las ideas de *enfermería, persona, salud y situación*.

Enfermería

La enfermería se describe como una relación de cuidado, una «condición de conexión y preocupación» (Benner y Wrubel, 1989, p. 4). «El cuidado es primordial porque establece la posibilidad de dar y recibir ayuda» (Benner y Wrubel, 1989, p. 4). «La enfermería se considera una práctica asistencial cuya ciencia está guiada por el arte moral y la ética del cuidado y la responsabilidad» (Benner y Wrubel, 1989, p. xi). Benner y Wrubel (1989) entienden la práctica de la enfermería como el cuidado y el estudio de la experiencia vivida de la salud, la enfermedad y el malestar y las relaciones entre estos tres elementos.

Persona

Benner y Wrubel (1989) utilizan la descripción fenomenológica de Heidegger de la persona, que describen así: «Una persona es un ser que se interpreta a sí mismo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que se define a lo largo de la vida. La persona también posee una comprensión fácil y no reflexiva de la identidad en el mundo» (p. 41).

Por último, la persona se materializa. Benner y Wrubel (1989) conceptualizaron los siguientes cuatro aspectos principales de la comprensión que la persona debe afrontar:

1. El rol de la situación.
2. El rol del agente inteligente materializado.
3. El rol de los problemas personales.
4. El rol de la temporalidad.

En conjunto, estos aspectos de la persona conforman la persona en el mundo. Esta visión de la persona se basa en los trabajos de Heidegger (1962), Merleau-Ponty (1962) y Dreyfus (1979, 1991). Su objetivo es superar el dualismo cartesiano, la visión de que la mente y el cuerpo son entidades distintas y separadas (Descartes, 2016). Benner y Wrubel (1989) definen la *materialización* como la capacidad del cuerpo de responder a situaciones significativas. Señalan que las enfermeras tratan de comprender el rol de la materialización en situaciones particulares de salud, enfermedad y recuperación.

Salud

Basándose en los trabajos de Heidegger (1962) y Merleau-Ponty (1962), Benner y Wrubel se centran «en la experiencia vivida de estar sano y estar enfermo» (1989, p. 7). La **salud** se define como lo que se puede evaluar, mientras que el **bienestar** es la experiencia humana de salud o plenitud. Estar sano y estar enfermo se entienden como diferentes modos de encontrarse en el mundo. La salud no se describe solo como la ausencia de enfermedad. Además, a partir del trabajo de Kleinman et al. (1978), una persona puede tener una enfermedad y no experimentarla, porque sentirse enfermo es la experiencia humana de pérdida o disfunción, mientras que la

enfermedad es lo que se puede evaluar a nivel físico (Benner y Wrubel, 1989).

Situación

Benner y Wrubel (1989) utilizan el término **situación** en lugar de **entorno**, porque la situación transmite un entorno social con una definición y un significado sociales. Utilizan los términos fenomenológicos de **estar situado** y **significado situado**, que se definen por la interacción, la interpretación y la comprensión de la situación por parte de la persona. «La interpretación personal de la situación está limitada por la forma en que el individuo se encuentra en ella» (Benner y Wrubel, 1989, p. 84). Esto significa que el pasado, el presente y el futuro de la persona, incluidos sus propios significados, hábitos y perspectivas personales, influyen en la situación actual.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Benner (1984a) afirmó que en cualquier situación siempre hay más elementos de los que la teoría predice o describe. La práctica cualificada de la enfermería sobrepasa los límites de la teoría formal. La experiencia particular permite aprender las excepciones y los significados confusos de una situación. El conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede y extiende, y la sintetiza y adapta a la práctica del cuidado enfermero. Benner ha adoptado un enfoque hermenéutico para exponer el conocimiento en la práctica clínica de la enfermería. Dunlop (1986) afirmó: «Al hacer esto, también se están exponiendo los cuidados de enfermería con los que está profundamente entrelazada» (p. 668). Dunlop también señaló que el enfoque de Benner «no nos proporciona ninguna verdad universal sobre los cuidados en general o sobre los cuidados de enfermería en particular; de hecho, no tiene ninguna pretensión de este tipo» (p. 668).

Por lo tanto, las competencias de cada ámbito no pretenden ser una lista exhaustiva. Al contrario, el enfoque interpretativo basado en la situación para describir la práctica enfermera pretende superar algunos de los problemas del reduccionismo y el problema de las descripciones globales y demasiado generales basadas en las categorías del proceso enfermero (Benner, 1984a). En una descripción más de este enfoque, Benner (1992) examinó el papel de las descripciones narrativas para comprender la noción de cuidados buenos o éticos en la práctica clínica de la enfermería experta. «La memoria narrativa del episodio concreto real se incluye en un conocimiento y un comportamiento conjuntos, completados con respuestas emocionales a las situaciones. La memoria narrativa puede evocar recuerdos perceptivos o sensoriales que potencian el reconocimiento de patrones» (p. 16). Algunas de las afirmaciones de relación incluidas en el trabajo de Benner son:

- «El descubrimiento de supuestos, expectativas y escenarios puede poner al descubierto un área de conocimiento práctico no examinada que luego puede estudiarse sistemáticamente y ampliarse o refutarse» (Benner, 1984a, p. 8).

- Los conocimientos clínicos están incorporados en percepciones más que en preceptos.
- «La conciencia perceptiva es fundamental para el buen juicio enfermero y [para el experto] comienza con intuiciones vagas y valoraciones globales que inicialmente eluden el análisis crítico; la claridad conceptual le sigue más a menudo de lo que le precede» (Benner, 1984a, p. xviii).
- Las normas formales son limitadas y es necesario ser prudente en las situaciones clínicas reales.
- El conocimiento clínico se adquiere con el tiempo, y cada profesional clínico desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que puede compartirse mediante el diálogo con otros profesionales clínicos.
- «La experiencia se desarrolla cuando el clínico pone a prueba y perfecciona las proposiciones, las hipótesis y las expectativas basadas en principios [y aprende directamente de la inmersión] en las situaciones de la práctica real» (Benner, 1984a, p. 3).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

A través de una investigación descriptiva cualitativa, Benner utilizó el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades para comprender mejor la adquisición de habilidades en la práctica clínica de la enfermería. Siguiendo la secuencia lógica del modelo, Benner pudo identificar las características del rendimiento y las necesidades de enseñanza-aprendizaje inherentes para cada nivel de competencia. En los informes sobre su investigación, Benner recurrió a ejemplos tomados directamente de entrevistas y de la observación de las enfermeras clínicas de distinto nivel de habilidad para ayudar al lector a formarse una idea clara de la práctica. Las directrices para describir los ejemplos o las narraciones clínicas, denominadas por primera vez «incidentes críticos», se presentaron en *From Novice to Expert* (1984a) y se desarrollan también en *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (Benner et al., 2011). El enfoque para describir descripciones clínicas es coherente en todo el corpus del trabajo de Benner, con independencia de que dichas descripciones se utilicen en la investigación, la práctica o la formación. El objetivo de la investigación de Benner es trasladar el significado y el conocimiento integrados en la práctica experta al discurso público. Benner (1984a) afirma que los nuevos conocimientos y comprensión se constituyen mediante la articulación de los significados, las habilidades y los conocimientos que anteriormente se daban por sentados y estaban integrados en la práctica clínica.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

From Novice to Expert (1984a) incluye varios ejemplos de la aplicación del trabajo de Benner en los entornos de práctica, como se indica a continuación: Dolan (1984) describe su

utilidad para el desarrollo de mentores, los programas de orientación y el desarrollo de la carrera profesional; Huntsman et al. (1984) detallan su aplicación de una escalera clínica para reconocer y retener a las enfermeras de plantilla con experiencia; Ullery (1984) presenta su utilidad para celebrar simposios anuales de excelencia en los que las enfermeras presentan sus relatos clínicos para reconocer y desarrollar aún más los conocimientos clínicos, y Fenton (1984) comunicó el uso del enfoque de Benner en un estudio etnográfico sobre el rendimiento de las enfermeras clínicas especializadas (CNS, *clinical nurse specialist*).

Balasco y Black (1988) y Silver (1986a, 1986b) utilizaron el trabajo de Benner como base para diferenciar el desarrollo del conocimiento clínico y la progresión de la carrera profesional en enfermería. Neverveld (1990) utilizó los fundamentos y el formato de Benner para desarrollar talleres básicos y avanzados dirigidos a mentores. Farrell y Bramadat (1990) utilizaron el análisis de casos del paradigma de Benner en un proyecto educativo de colaboración entre una escuela universitaria de enfermería y un hospital universitario de atención terciaria para comprender mejor el desarrollo de las habilidades de razonamiento clínico en situaciones de la práctica real. Crissman y Jelsma (1990) aplicaron los descubrimientos de Benner para desarrollar un programa de formación cruzada para abordar los desequilibrios en el personal. Delimitaron objetivos específicos de actuación de la formación cruzada para la enfermera principiante y proporcionaron apoyo para el juicio experimental necesario para su función en áreas que le son desconocidas designándole un preceptor en el área clínica. El objetivo era que la principiante actuara más como una principiante avanzada con una enfermera experta disponible para prestarle ayuda.

El enfoque de Benner sigue utilizándose en el desarrollo de escaleras de promoción clínica, programas de orientación para recién graduados y seminarios de desarrollo de conocimientos clínicos (Benner y Benner, 1999; Benner et al., 2009; Coyle, 2011; Hargreaves et al., 2010). Mauleon et al. (2005) llevaron a cabo un análisis fenomenológico interpretativo de situaciones problemáticas experimentadas por enfermeras especialistas en anestesia durante la atención de pacientes de edad avanzada que indicaron la necesidad de contar con foros éticos para tratar la angustia moral derivada de sus experiencias. El estudio de Uhrenfeldt (2009) sobre el modo en que los supervisores de enfermería de primera línea cuidan de su personal de enfermería se basó en el marco de cuidados de Benner y Wrubel (1989). Cathcart (2010) articuló el conocimiento, la habilidad y la ética adquiridos por la experiencia en la práctica de los administradores de enfermería según el enfoque de Benner.

Benner ha sido citada ampliamente en la literatura de enfermería en relación con los problemas de la práctica enfermera y el papel de los cuidados en dicha práctica. Sigue avanzando en la comprensión de los conocimientos integrados en las situaciones clínicas a través de sus publicaciones (Benner, 1985a, 1985b, 1987; Benner y Tanner, 1987; Benner et al.,

1996, 1999, 2009, 2011). En las décadas de 1980 y 1990, Benner editó una serie de ejemplos clínicos llamada *Dialogue with Excellence* en el *American Journal of Nursing*. Desde 2001 hasta 2008, Benner dirigió la columna de ética *Current Controversies in Critical Care* en el *American Journal of Critical Care*. El trabajo de Benner con el National Council of State Boards of Nursing constituye una importante contribución a la identificación de errores y a la seguridad de la práctica enfermera (Benner et al., 2002). Esta investigación examina el detalle completo de la práctica desde una perspectiva de sistemas, con el objetivo de transformar la cultura de la culpa en el sistema de atención sanitaria para reducir los errores en dicha atención (Benner et al., 2010).

Formación

Benner (1982) criticó el anterior enfoque conductista de las pruebas basadas en la competencia por considerarlo demasiado abstracto, elemental, descontextualizado y limitado para su aplicación a la evaluación de la práctica profesional de la enfermería. Benner respalda las iniciativas más recientes orientadas a incorporar a la formación profesional unas competencias más amplias, integradoras y dependientes del contexto, tal como se recomienda en el informe *Future of Nursing* (2011) del Institute of Medicine y aplicado por Smith y Dollase (1999) y Cronnenwett et al. (2009). Estos enfoques basados en los resultados se centran en el estudiante y en lo que los alumnos deben saber, comprender, demostrar y ser capaces de adaptar a la práctica clínica más allá de la educación formal (Pijl-Zieber et al., 2014).

Los dominios originales de la práctica enfermera de Benner se incorporaron a la investigación educativa con enfermeras de práctica avanzada. Fenton (1984, 1985) aplicó los dominios de la práctica clínica de la enfermería como base para el estudio de la actuación cualificada de las CNS. Su análisis validó los siete dominios originales de las CNS analizados. Identificó áreas adicionales de rendimiento experto para las CNS, incluido el rol como consultor. El estudio de Brykczynski (1985, 1999) utilizó el enfoque de investigación presentado en *From Novice to Expert* para dar respuesta a la pregunta: «¿Cuándo se convierte una enfermera en enfermera especializada?» Ese estudio dio lugar a una adaptación de los dominios y competencias originales de Benner para las enfermeras generales (NP, *nurse practitioners*). Esta adaptación de los dominios y las competencias para la práctica de las NP constituyó el marco de las directrices curriculares de la National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF, 1990). Posteriormente, Fenton y Brykczynski (1993) compararon los resultados de sus estudios sobre CNS y NP para descubrir los puntos comunes y las diferencias entre estas enfermeras de atención avanzada que eran relevantes para la planificación del plan de estudios de grado.

Según Barnum (1990) no fue el desarrollo de Benner de los siete dominios de la práctica enfermera lo que ha tenido mayor impacto en la formación enfermera, sino la «apreciación de la utilidad del modelo de Dreyfus para describir el

aprendizaje y el pensamiento en nuestra disciplina» (p. 170). Como consecuencia, las profesoras de enfermería se dieron cuenta de que las necesidades de aprendizaje en los primeros estadios del desarrollo del conocimiento clínico son diferentes de las requeridas en los estadios posteriores. Estas diferencias deben considerarse y valorarse para elaborar el programa educativo apropiado para los conocimientos de los estudiantes.

En *Expertise in Nursing Practice*, Benner et al. (2009) destacaron la importancia de aprender las habilidades de la implicación y los cuidados a través de la experiencia práctica, la articulación del conocimiento con la práctica y el uso de descripciones en la formación de enfermeras no graduadas. Este trabajo apoya la tesis de que es mejor asignar una enfermera recién graduada a una enfermera competente, que le podrá explicar la práctica enfermera de modo que la principiante pueda comprenderla, más que la experta, cuyo conocimiento intuitivo no resultará útil a las principiantes, que no poseen la práctica experta para dominar una situación. Este trabajo condujo al desarrollo de programas de prácticas y orientación para enfermeras recién graduadas y a programas de desarrollo clínico para enfermeras más experimentadas.

En *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care*, Benner et al. (1999) instaron a prestar mayor atención al aprendizaje experimental y presentaron la obra como una guía para la docencia. Diseñaron un CD-ROM interactivo para acompañar al libro (Benner et al., 2001). La segunda edición de *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care* (Benner et al., 2011) incluye un capítulo sobre las implicaciones para la formación y las estrategias docentes recomendadas a partir del estudio nacional sobre formación en enfermería *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation* (Benner et al., 2010). Las dos clases principales de estrategias docentes integradoras presentadas son el aprendizaje situado mediante tutelaje y un enfoque de pensamiento en acción para integrar la enseñanza en las aulas con el aprendizaje clínico.

El estudio nacional sobre la enseñanza de la enfermería mencionado anteriormente se diseñó para identificar y describir las «pedagogías características» que maximizan la capacidad de la enfermera para hacer frente a los retos de la enfermería que han aparecido durante los 30 años transcurridos desde el último estudio nacional sobre formación en enfermería (Schwartz, 2005). El libro *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation* (Benner et al., 2010) refiere los detalles de este estudio nacional y concluye que la formación en enfermería necesita una gran transformación. Se desarrolla una distancia educativa ante las dificultades de atender las exigentes demandas y de mantener el ritmo de la creciente complejidad de la práctica impulsada por la investigación y las nuevas tecnologías. Las autoras recomiendan que los docentes en enfermería incorporen cuatro grandes cambios en su perspectiva: 1) pasar de atender al conocimiento abstracto a insistir en la enseñanza de situaciones concretas; 2) huir de la separación entre la enseñanza clínica y la formación en el aula para la integración de estos componentes; 3) avanzar desde el

pensamiento crítico al razonamiento clínico, y 4) pasar de la insistencia en la socialización y la asunción de roles a la formación de una identidad profesional. Estos hallazgos y recomendaciones han sido presentados en conferencias nacionales e internacionales, y ante el profesorado de numerosas escuelas de enfermería.

McNiesh et al. (2011) estudiaron cómo los estudiantes de un programa acelerado de ingreso a un máster aprendieron la práctica de la enfermería a través de la experiencia. Descubrieron que el cuidado independiente de un paciente era fundamental en el desarrollo de la identidad y el sentido de la responsabilidad de los estudiantes como profesionales de la enfermería. Crider y McNiesh (2011) incorporaron un enfoque de aprendizaje de tres vertientes (Benner et al., 2010) que integra los aspectos intelectuales, prácticos y éticos del rol profesional en la enseñanza de los estudiantes de enfermería psiquiátrica para desarrollar habilidades de razonamiento práctico.

Investigación

Benner (1983) fue la primera en introducir la fenomenología interpretativa como un enfoque de investigación cualitativa para el estudio en las ciencias humanas de la inteligencia situada, materializada, el saber práctico experto, el contenido histórico y los significados de los acontecimientos. Las descripciones complejas y matizadas de contextos situacionales (narraciones próximas a la experiencia; Geertz, 1973/1977) constituyen la esencia de este enfoque de investigación, que dicta que los datos deben recogerse a través del diálogo basado en las situaciones y de la observación de la práctica real. El contexto situacional guía la interpretación de los significados de tal manera que pueda existir un acuerdo entre sus intérpretes. Se trata de un planteamiento holístico que resalta la identificación y descripción de los significados integrados en la práctica clínica. El enfoque holístico se mantiene durante todo el proceso de investigación a medida que el contexto situacional de las narraciones es interpretado a través del diálogo entre los investigadores y el personal clínico.

Los numerosos estudios y proyectos de Benner con colegas investigadores y estudiantes graduados han creado una comunidad de expertos en fenomenología interpretativa. Benner (1994) editó y colaboró en *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*, una colección de ensayos y estudios seleccionados de esa comunidad de investigadores a los que ella ha inspirado y enseñado durante su carrera. El libro ofrece una introducción filosófica a la fenomenología interpretativa como un método de investigación cualitativa, una guía para comprender las estrategias y procesos de este enfoque, y una selección de estudios que contienen semejanzas y variaciones. La fenomenología interpretativa no puede explicarse como un conjunto de procedimientos y técnicas. Al contrario, «cada intérprete entra en el círculo interpretativo examinando las preconcepciones y la confrontación con los otros, el silencio, las similitudes y los puntos comunes desde su propia postura histórica, cultural y personal» (Benner, 1994, p. xviii).

Un segundo volumen de lecturas y estudios fenomenológicos interpretativos editado por Chan et al. (2010) surgió de una *Festschrift* (celebración de la jubilación de un académico) que reconocía el impacto y la importancia de la tradición investigadora establecida por Benner. Este segundo volumen presenta la filosofía de la fenomenología interpretativa y el enfoque de investigación que sigue en evolución. La primera sección explora los discursos y cuestiones teóricos y filosóficos dentro de la tradición fenomenológica interpretativa, mientras que la segunda sección es una colección de estudios que ilustran las semejanzas y las variaciones en los planteamientos de los distintos estudios.

Benner et al. (De Jong et al., 2010) llevaron a cabo un estudio de colaboración a gran escala con el grupo de investigación en enfermería militar TriService para investigar el desarrollo de conocimientos y el aprendizaje experimental de la práctica de la enfermería durante las guerras de Irak y Afganistán. Describen cómo las enfermeras aprendieron a mejorar la práctica clínica y la aplicación de cuidados durante los incidentes con múltiples heridos. Esa investigación fue seguida por un estudio que describe la evolución de la atención integral de miembros en servicio heridos en Irak y Afganistán (Kelly et al., 2017). Los nuevos tipos de lesiones, el tratamiento sobre el terreno, el transporte inmediato a centros de cuidados múltiples y las nuevas tecnologías obligaron a ampliar la práctica en el manejo de los casos, de forma que se incluya el apoyo familiar, la reentrada y el entrenamiento familiar para unas circunstancias vitales extremadamente alteradas. Un objetivo adicional del estudio era captar la experiencia de las lesiones, el transporte y los cuidados agudos y de rehabilitación de los propios soldados heridos (Benner et al., 2018).

EVOLUCIÓN

La separación entre el trabajo académico y el aprendizaje clínico se desarrolló a lo largo del tiempo a medida que la formación en enfermería se trasladaba de las escuelas hospitalarias a las facultades y universidades, con el resultado final de que el profesorado y los estudiantes de enfermería llegaron a ser considerados como «invitados de la casa» (Glass, 1975). La creciente complejidad de la tecnología y la práctica de la enfermería clínica, junto con la separación entre la formación y la práctica, ha condicionado que los nuevos graduados en Enfermería tengan que afrontar una transición fundamental tras la graduación. La aplicación de los hallazgos derivados del extenso corpus de trabajo de Benner et al., que articula el conocimiento generado en la práctica clínica y describe las formas de enseñar enfermería integrando la teoría y el contenido descontextualizado con el saber práctico dependiente del contexto, exige una extensa transformación de la docencia en Enfermería.

El currículo oculto descrito por Day y Benner (2014, p. 140) como «la devaluación implícita e inconsciente del aprendizaje basado en la práctica en contexto y el privilegio del aprendizaje abstracto basado en la teoría» debe ser reconocido y aumentado con enfoques integrados que recontextualicen la

enseñanza y el aprendizaje en la práctica de la enfermería. Existen múltiples ejemplos sobre cómo se debe enseñar a las enfermeras usando abordajes integrados que pongan énfasis en la adquisición de conocimientos y su uso en la práctica, como el aprendizaje basado en equipo y en problemas, la simulación, la pedagogía narrativa y la resolución de casos clínicos. La Facultad de Enfermería necesita una formación continuada y un asesoramiento mantenido para desarrollar las capacidades y conocimientos necesarios para incorporar estos abordajes en la docencia.

Benner inició un boletín educativo para compartir las recomendaciones del estudio *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation* (2010) y crear un diálogo continuo con los docentes en enfermería. Benner (2012) analizó los avances en la aplicación de las recomendaciones del estudio, informando de que varios estados han aplicado los cambios sugeridos en la docencia de la enfermería y muchos hospitales y campus de ciencias de la salud han instituido programas de residencia en enfermería. Se crearon dos sitios web para facilitar la diseminación, aplicación y desarrollo continuo de las recomendaciones de este estudio que se recogen en las referencias a recursos web que se facilitan al final de este capítulo.

CRÍTICA

Claridad

La claridad del modelo de Benner de principiante a experta ha permitido su uso por parte de enfermeras de todo el mundo. La identificación con la idea de sabiduría clínica y los distintos niveles de desarrollo de experiencia clínica tuvo una progresión muy rápida. El abordaje experimental diferenció el trabajo de Benner de otros abordajes teóricos de la época. Altmann (2007) abordó la cuestión de si la obra era una filosofía o una teoría. El trabajo de Benner no solo contribuyó a una comprensión apreciativa de la práctica clínica, sino que también puso de relieve los conocimientos enfermeros ocultos en la práctica. La perspectiva de Benner es fenomenológica, no cognitiva. Ella afirmó que «el juicio clínico y las prácticas de cuidado exigen atender al paciente concreto a lo largo del tiempo, incorporando los cambios y lo que se haya aprendido. En esta visión del juicio clínico, los conocimientos especializados y la acción están vinculados» (Benner, 1999, p. 316). Ha habido un debate continuo sobre las interpretaciones cognitivas de los conceptos de experiencia e intuición de Benner (Benner, 1996b; Cash, 1995; Darbyshire, 1994; English, 1993; Gobet y Chassy, 2008; Paley, 1996). El debate académico en torno a estos conceptos ha contribuido a aclarar la naturaleza del enfoque de investigación (Brykczynski y Benner, 2010).

Sencillez

Benner desarrolló unas descripciones interpretativas de la práctica clínica de la enfermería. El modelo es relativamente sencillo con respecto a los cinco estadios de adquisición de habilidades, y proporciona una guía comparativa para identificar los niveles

de la práctica enfermera a partir de las descripciones, observaciones e interpretaciones individuales verificadas por consenso. En los subconceptos para diferenciar entre los niveles de competencia y de necesidad para identificar los significados y las intenciones, existe un grado de complejidad. Esta aproximación interpretativa está diseñada para superar las barreras del planteamiento racional-técnico en cuanto al estudio y la descripción de la práctica de enfermería. Aunque es posible proporcionar una descripción sin contexto (objeto) de la actuación en el nivel de principiante, la descripción de la actuación del nivel de experta sería difícil, si no imposible, y de utilidad limitada por los límites de ser tratada como un objeto. Es decir, el problema filosófico de la regresión infinita debería encontrarse al intentar especificar todos los aspectos de la práctica experta. Además, se requiere una comprensión holística de la situación concreta para una ejecución experta.

Generalidad

El modelo de adquisición de habilidades de principiante a experto tiene características universales; es decir, no está restringido por la edad, la enfermedad, la salud o la ubicación de la práctica de enfermería. Sin embargo, las características de la universalidad teórica implican propiedades operacionales para la predicción que no forman parte de esta perspectiva. Naturalmente, esta perspectiva fenomenológica critica los límites de la universalidad cuando se estudian prácticas humanas. El modelo interpretativo de la práctica enfermera puede aplicarse universalmente como un marco, pero las descripciones son limitadas según las situaciones reales de enfermería clínica a partir de las que se elaboran. Su uso depende de lo que se entienda con los cinco niveles de competencia y la capacidad de identificar las intenciones y los significados característicos, la agudeza en la percepción, la sensación de importancia, los conocimientos expertos, las intervenciones, el comportamiento ético y las habilidades relacionales y de comunicación inherentes en cada nivel de la práctica.

La generalización se aborda a través de la comprensión de los significados comunes, las habilidades, las prácticas y las capacidades materializadas. Las estrategias de generalización preferidas en la práctica clínica se basan en los conocimientos expertos, la intención, el contenido y la noción del bien en el conocimiento clínico puesto de manifiesto a través de ejemplos que ilustran su papel en la situación. Las generalizaciones posibles con un abordaje interpretativo se muestran a través de ejemplos que muestran intentos relacionales e importantes a nivel contextual y aspectos del conocimiento clínico. Benner (1984a) cree que el alcance y la complejidad de la práctica enfermera son demasiado amplios para que las enfermeras se basen en visiones idealizadas y descontextualizadas de la práctica o en experimentos.

Para captar los aspectos contextuales y relacionales de la práctica, Benner utiliza relatos en primera persona, cercanos a la experiencia, de situaciones clínicas reales y sostiene que este enfoque permite al lector reconocer intenciones y significados similares, aunque las circunstancias objetivas puedan ser muy

diferentes. A continuación, se presenta un ejemplo de generalización o transferibilidad tal como se utiliza aquí: al leer o escuchar una narración sobre una enfermera en contacto con una familia cuyo hijo va a morir, otras enfermeras pueden relacionar los conocimientos y los significados ligados a experiencias que pueden haber tenido con familias de pacientes terminales de cualquier edad.

Accesibilidad

Las enfermeras clínicas de todo el mundo recibieron con entusiasmo *From Novice to Expert* (1984a). Encontraron comprensión hacia sus prácticas, en tanto en cuanto lo que ellas hacían ante situaciones específicas de los pacientes se veía validado y fomentado en esta obra, que las enseñó a escuchar su intuición como enfermeras. Las investigaciones posteriores sugieren que el marco es aplicable y útil para el desarrollo continuo del conocimiento inherente en la práctica enfermera. Este enfoque del desarrollo del conocimiento respeta la primacía de los cuidados y la ética central de la atención y la responsabilidad incorporada a la práctica enfermera experta (Benner, 1999). La aproximación cualitativa interpretativa describe la práctica enfermera experta con ejemplos narrativos. El trabajo de Benner parece generar hipótesis en vez de demostrarlas. Benner ofrece una metodología para descubrir y entrar en el significado situado del cuidado enfermero experto.

Importancia

La investigación de referencia que se recoge en *From Novice to Expert* ha influido en los grandes cambios acaecidos en la práctica, la investigación, la docencia y la administración en enfermería. La tesis de este trabajo fue revolucionaria por cuanto defendía desarrollar el conocimiento a partir de la

práctica enfermera. Esto representó un cambio completo respecto del abordaje consagrado por el tiempo de aplicar la teoría en la práctica. Esto representó lo que Kuhn (1970) denominó un *cambio de paradigma*. Es un ejemplo de **investigación mediante articulación** en la que el conocimiento se desarrolla a través del diálogo (Benner, 1999), lo que permite reconocer aspectos de la enfermería relacionales, contextuales, básicos y omnipresentes. *From Novice to Expert* dio voz y visibilidad a las prácticas de cuidado integradas en la enfermería, que a menudo se dan por sentadas, no se reconocen y no se recompensan, pero que son esenciales para mantener la dignidad, la humanidad y la seguridad en el ámbito de la práctica de la enfermería hospitalaria, altamente tecnológico y regido por los costes.

Benner afirma que las enfermeras deben superar los límites de las descripciones sujeto-objeto. Hace un llamamiento a «que se expliquen más historias públicamente» para validar la enfermería como una práctica de cuidados éticos y «ampliar, alterar y preservar las distinciones y preocupaciones éticas» (Benner, 1992, pp. 19-20). Benner (1996a) constató: «Hemos pasado por alto las historias de las enfermeras que ejercen y que demuestran que la compasión puede ser sabia y, a largo plazo, menos cara que los tecnocuidados “defensivos” como-dificados por el adversario» (pp. 35-36). El trabajo de Benner resulta útil, porque supone un marco para la práctica enfermera en el contexto real de lo que son y hacen estos profesionales. La importancia de los resultados de la investigación de Benner radica en su conclusión de que «los conocimientos clínicos de una enfermera son relevantes en la medida en que su manifestación en las habilidades de enfermería marca la diferencia en los cuidados y los resultados de los pacientes» (Benner y Wrubel, 1982, p. 11).

RESUMEN

Benner sostiene que las prácticas de cuidado están impregnadas de conocimientos y habilidades sobre las necesidades humanas cotidianas, y que para ser experimentadas como cuidados, estas prácticas deben estar en sintonía con la persona concreta a la que se cuida y con la situación concreta que se desarrolla. La filosofía de Benner de la práctica enfermera es una perspectiva emergente dinámica y holística que sostiene que la filosofía, la práctica, la investigación y la teoría son interdependientes, están interrelacionadas y son hermenéuticas. Su esperanza, expresada en el prefacio de *From Novice to*

Expert (1984a), de que los dominios y las competencias no se definan mediante constructores de sistemas, parece haberse hecho realidad en gran medida, ya que quienes han tratado de aplicar estos conceptos han respetado los antecedentes contextuales en los que se basan. El trabajo de Benner ejemplifica la interrelación de la filosofía, la práctica, la investigación, la teoría y la formación, y los recursos que ella y sus colaboradores han desarrollado para la formación del profesorado, el desarrollo de planes de estudio y el aprendizaje en línea de los estudiantes integran conocimientos prácticos y teóricos.

CASO CLÍNICO

Este caso clínico es un ejemplo narrativo que fue compartido por una enfermera clínica especialista del proyecto de enfermeras expertas reconocidas por sus compañeros que ilustra el enfoque de Benner sobre el desarrollo del conocimiento en

la práctica clínica de la enfermería (Brykczynski, 1993-1995, 1998). La enfermera que describió esta situación tenía aproximadamente 8 años de experiencia en cuidados intensivos. Apuntó que su experiencia con esta paciente era importante

CASO CLÍNICO (cont.)

para su práctica porque le enseñó a integrar los cuidados de una familia en crisis junto con los cuidados de un paciente gravemente enfermo.

«La Sra. Walsh, una mujer de 70 años, se encontraba en estado crítico después de repetir una operación de revascularización coronaria (RVC). Su familia vivía cerca cuando la paciente fue sometida a la primera CDAC. Se habían ido de la ciudad, pero volvieron a nuestro centro, donde se había llevado a cabo con éxito la primera intervención quirúrgica. La Sra. Walsh permaneció gravemente enferma e inestable unas semanas antes de su muerte. Su familia estaba muy ansiosa a causa de su estado inestable y de su empeoramiento, y durante las primeras semanas siempre había un miembro de la familia con ella, las 24 h del día.

La enfermera se involucró con esta familia mientras la Sra. Walsh seguía en el quirófano, ya que los miembros de la familia estaban muy preocupados porque el procedimiento estaba durando más que la primera vez e hicieron repetidas llamadas a la unidad de cuidados intensivos para preguntar por la paciente. La enfermera esperó con la familia y se ofreció a ir al quirófano para hablar con el cirujano cardíaco para informar mejor a la familia sobre el estado de su madre.

Una de las cosas útiles que la enfermera hizo para ayudar a esta familia fue establecer un grupo constante de enfermeras que trabajaran con la Sra. Walsh, para que los miembros de la familia pudieran establecer confianza y sentirse más seguros sobre el cuidado que su madre estaba recibiendo. Esto permitió que los familiares salieran del hospital durante cierto tiempo para poder descansar. La enfermera explicó que esta era una familia cuyos miembros eran de buena posición, educados y bien informados, y que venían con una lista de preguntas. Un grupo de referencia de enfermeras familiarizado con la situación particular de la Sra. Walsh ayudó tanto a los familiares como a las enfermeras a estar más satisfechos y menos ansiosos. La familia estableció una relación estrecha con las tres enfermeras que atendían a la Sra. Walsh y compartieron detalles sobre ella y sobre su vida.

La enfermera explicó que en esta unidad de cuidados intensivos en particular existía la costumbre de no involucrar a los familiares en los cuidados. Ella rompió con esta costumbre cuando respondió a los sentimientos de impotencia del hijo y de la hija, enseñándoles cosas sencillas que podrían hacer por su madre. Aprendieron a proporcionarle algunos cuidados básicos, como bañarla. La enfermera reconoció que la implicación de los familiares en el cuidado directo de un paciente gravemente enfermo es compleja, y requiere conocimiento y sensibilidad. Considera que hay un proceso de desarrollo cuando las enfermeras aprenden a trabajar con las familias.

Señaló que cuando una enfermera tiene mucha experiencia y se siente muy cómoda con habilidades muy técnicas, se vuelve aceptable que los miembros de la familia estén en la

habitación mientras se prestan los cuidados. Advirtió que la observación directa por parte de los familiares ansiosos podía ser desconcertante para quienes estuvieran inseguros respecto a sus capacidades cuando los familiares preguntaban cosas como: “¿Por qué hace esto? Tal y cual enfermeras lo hacen de otra manera”. Comentó que las enfermeras aprenden a ser flexibles y a reajustar las prioridades. Llegan a comprender que ciertas cosas pueden esperar y no es necesario hacerlas de inmediato, lo que permite que los familiares pasen algo de tiempo con la paciente. Una de las cosas que la enfermera hizo para coordinar los cuidados fue quedar con la familia para ver qué momentos eran mejores para ellos, y después puso “tiempo con la familia” en el programa de actividades de la paciente para comunicar el plan a las demás personas implicadas en el cuidado de la Sra. Walsh.

Cuando la señora Walsh murió, el hijo y la hija quisieron participar en la preparación de su cuerpo. Esto nunca se había hecho en esta unidad, pero después de comprobar que no había ninguna norma que lo prohibiese, la enfermera los invitó a participar. Apagaron las luces, cerraron las puertas y pusieron música; la enfermera, la hija y el hijo de la paciente lloraron juntos mientras preparaban a la Sra. Walsh para que se la llevaran al depósito de cadáveres. La enfermera se ocupó de todas las vías intravenosas, mientras sus hijos la bañaron. La enfermera dio testimonio de la sutileza con que sintió su capacidad de implicación con esta familia cuando explicó que, al principio, se sintió incómoda porque pensaba que el hijo y la hija estarían este tiempo solos con su madre. Después se dio cuenta de que, en realidad, querían que ella estuviera con ellos. Esta situación le enseñó que las familias de pacientes muy enfermos también necesitan cuidados. La enfermera explicó que este fue un caso paradigmático que la motivó a adoptar un rol de CNS, ampliando su área de influencia desde sus pacientes durante su turno a otros turnos, otros pacientes y sus familias, y otras disciplinas» (Brykczynski, 1998, pp. 351-359).

Dominio: el rol de ayuda de la enfermera

Esta narración ilustra el significado y la intención de varias competencias de este ámbito, en particular la creación de un clima de curación y la prestación de apoyo emocional e informativo a las familias de los pacientes (Benner, 1984a). La incorporación de la familia como participante en los cuidados de un paciente gravemente enfermo requiere un alto nivel de habilidad que no puede desarrollarse hasta que la enfermera se siente competente y con confianza en las habilidades técnicas de los cuidados intensivos. Esta enfermera tenía muchos años de experiencia en esta unidad y vio que proporcionar cuidados a su madre era tan importante para estos hijos que rompió la costumbre en su unidad y les enseñó a tomar medidas básicas de comodidad e higiene. La enfermera explicó que las demás enfermeras de la unidad de

(Continúa)

CASO CLÍNICO (cont.)

cuidados intensivos mantenían la creencia de que la implicación activa de la familia en los cuidados era intrusiva y estaba totalmente fuera de lugar. Una creencia de este tipo se basa en preocupaciones respecto a la seguridad del paciente y a la eficacia de los cuidados; incluso impiden que la familia se implique totalmente en la relación de cuidado. Esta enfermera demostró coraje moral, compromiso con el cuidado y poder de comunicación para ir contra la costumbre de la unidad de excluir a los familiares del cuidado directo. Tenía 8 años de experiencia en esta unidad y sus compañeras la respetaban, de manera que fue capaz de cambiar la práctica empezando con esta situación familia-paciente e implicando a las otras dos enfermeras que trabajaban con ella.

La investigación de Chesla (1996) señala una brecha entre la teoría y la práctica con respecto a la inclusión de las familias en la atención al paciente. Eckle (1996) estudió la presencia de la familia con los niños en situaciones de urgencia y llegó a la conclusión de que, en momentos de crisis, hay que atender las necesidades de las familias para proporcionar una atención eficaz y compasiva. La práctica experta de incorporar a la familia en la asistencia surgió como un aspecto significativo en el texto narrativo de la estudio del enfermera experta identificada por sus compañeros. Esto se definió como una

competencia adicional en el dominio denominado *rol de ayuda de la enfermera* y se denominó *maximizar el papel de la familia en los cuidados* (Brykczynski, 1998). La intención de esta competencia es valorar cada situación a medida que surge y se desarrolla, de manera que la implicación de la familia en el cuidado pueda dirigirse adecuadamente a las necesidades específicas de la familia-paciente y no estén excluidos de la implicación ni participen de manera impuesta.

Esta narración ilustra cómo el enfoque de Benner es dinámico y específico para cada institución. La creencia de que estar en sintonía con la participación de la familia en los cuidados es en parte un proceso de desarrollo está respaldada por la descripción que Nuccio et al. (1996) hacen de este aspecto de los cuidados en su institución. Ellos observaron que las enfermeras principiantes empiezan reconociendo sus sentimientos asociados con los cuidados centrados en la familia, mientras que las enfermeras expertas desarrollan propuestas creativas para incluir a los pacientes y a las familias en el cuidado. El intrincado proceso de sintonizar la colaboración de la enfermera con las familias en los cuidados críticos es explicado con mayor detalle por Levy (2004) en su estudio fenomenológico interpretativo que articula las prácticas de las enfermeras con los niños quemados en estado crítico y sus familias.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente la narrativa clínica proporcionada aquí utilizando el formato de desarrollo de estudio de casos para promover el aprendizaje situado del razonamiento clínico (Benner et al., 2011). En relación con los diversos aspectos del caso tal como se suceden a lo largo del tiempo, plantee preguntas que fomenten la reflexión, aumenten la comprensión y promuevan el diálogo, como: ¿qué le preocupa en esta situación? ¿Qué aspectos destacan? ¿Qué le diría a la familia en determinados momentos? ¿Cómo respondería a sus compañeros de enfermería que cuestionasen su decisión de incluir a la familia en los cuidados?
2. Utilizando el enfoque de Benner, describa los cinco niveles de competencia e identifique las intenciones características y los significados inherentes en cada nivel de la práctica.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Brykczynski, K. A. (2014). Benner's philosophy in nursing practice. En M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 118–137). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Spinosa, C., Flores, F., & Dreyfus, H. L. (1997). *Disclosing new worlds. Entrepreneurship, democratic society and the cultivation of solidarity*. Cambridge, MA: The MIT Press. (Describe el desarrollo del modelo de desarrollo de habilidades de Dreyfus para incorporar un nivel de dominio.)
- EducatingNurses.com: ofrece recursos didácticos en vídeo, recursos para el desarrollo de planes de estudio y recursos de formación: <http://www.educatingnurses.com>.
- NovicetoExpert.org: sistema de aprendizaje en línea que sustituye a los libros de texto. Demostración de simulaciones clínicas en línea con desarrollo de casos prácticos: <http://www.learn.novicetoexpert.org>.
- Benner, P., Stannard, D., & Hooper-Kyriakidis, P. (2001). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach* (CD-ROM). Philadelphia: Saunders.
- Patricia Benner, Novice to Expert (2008). *The Nurse Theorists Portraits of Excellence* (vol. 2, entrevista en vídeo). Athens, OH: Fitne, Inc. Disponible en <http://www.Fitne.net>.

Vídeos y recursos web

BIBLIOGRAFÍA

- Alberti, A. M. (1991). Advancing the scope of primary nurses in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 5(3), 44–50.
- Altmann, T. K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy. *Contemporary Nurse*, 25(1–2), 114–123.
- Alvsvåg, H. (2014). Kari Martinsen: Philosophy of caring. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (8th ed, pp. 147–170). Mosby: St. Louis.
- Aristotle. (1985). *Nicomachean ethics* [T. Irwin, Trans.]. Indianapolis, IN: Hackett.
- Balasco, E. M., & Black, A. S. (1988). Advancing nursing practice: Description, recognition, and reward. *Nursing Administration Quarterly*, 12(2), 52–62.
- Barnum, B. J. (1990). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Benner, P. (1982). Issues in competency-based training. *Nursing Outlook*, 20(5), 303–309.
- Benner, P. (1983). Uncovering the knowledge embedded in clinical practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 15(2), 36–41.
- Benner, P. (1984a). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1984b). *Stress and satisfaction on the job: Work meanings and coping of mid-career men*. New York: Praeger.
- Benner, P. (1985a). The oncology clinical nurse specialist: An expert coach. *Oncology Nursing Forum*, 12(2), 40–44.
- Benner, P. (1985b). Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 1–14.
- Benner, P. (1987). A dialogue with excellence. *American Journal of Nursing*, 87(9), 1170–1172.
- Benner, P. (1992). The role of narrative experience and community in ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 1–21.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (pp. 99–126). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Benner, P. (1996a). Embodiment, caring and ethics: A nursing perspective: The 1995 Helen Nahm lecture. *The Science of Caring*, 8(2), 30–36.
- Benner, P. (1996b). A response by P. Benner to K. Cash. Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*, 33(6), 669–674.
- Benner, P. (1999). Claiming the wisdom and worth of clinical practice. *Nursing and Health Care Perspectives*, 20(6), 312–319.
- Benner, P. (2000). The quest for control and the possibilities of care. In M. A. Wrathall, & J. Malpas (Eds.), *Heidegger, coping and cognitive science: Essays in honor of Hubert L. Dreyfus* (pp. 293–383). Cambridge, MA: MIT Press.
- Benner, P. (2005). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, 24(3), 188–199.
- Benner, P. (2012). Educating nurses: A call for radical transformation—how far have we come. *Journal of Nursing Education*, 51(4), 183–184.
- Benner, P. (2015). Pedagogical implications for the Carnegie Study. *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. Asian Nursing Research*, 9(1), 1–6.
- Benner, P., & Benner, R. V. (1999). The clinical practice development model: Making the clinical judgment, caring and collaborative work of nurses visible. In B. Haag-Heitman (Ed.), *Clinical practice development: Using novice to expert theory* (pp. 17–42). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Benner, P., Halpern, J., Gordon, D. R., Popell, C. L., & Kelley, P. W. (2018). Beyond pathologizing harm: Understanding post-traumatic stress disorder in the context of war experience. *Journal of Medical Humanities*, 39(1), 45–72.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed). New York: Springer.
- Benner, P., Malloch, K., & Sheets, V. (2010). *Nursing pathways for patient safety: Expert panel on practice breakdown*. Philadelphia: Elsevier International Press.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 509–523.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87(1), 23–31.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 13–28.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed). New York: Springer.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled clinical knowledge: The value of perceptual awareness. *Nurse Educator*, 7(3), 11–17.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bryczynski, K. A. (1985). *Exploring the clinical practice of nurse practitioners* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 46, 3789B. (University Microfilms No. DA8600592).
- Bryczynski, K. A. (1995). *Principal investigator. Developing a profile of expert nursing practice. Project of the UTMB Nursing Service Task Force studying expert nursing practice, supported*

- by UTMB Joint Ventures. Galveston, TX: University of Texas Medical Branch 1993.
- Brykczynski, K. A. (1998). Clinical exemplars describing expert staff nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 6, 351–359.
- Brykczynski, K. A. (1999). An interpretive study describing the clinical judgment of nurse practitioners. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 13(2), 141–166.
- Brykczynski, K., & Benner, P. (2010). The living tradition of interpretive phenomenology. In G. K. Chan, K. A. Brykczynski, R. E. Malone, & P. Benner (Eds.), *Interpretive phenomenology in health care research* (pp. 113–141). Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 527–534.
- Cathcart, E. B. (2010). The making of a nurse manager: The role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 440–447.
- Chan, G. K., Brykczynski, K. A., Malone, R. E., & Benner, P. (2010). *Interpretive phenomenology in health care research*. Indianapolis, IN: Coyle. Sigma Theta Tau International.
- Chesla, C. A. (1996). Reconciling technologic and family care in critical-care nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 28(3), 199–203.
- Coyle, J. S. (2011). Development of a model home health nurse internship program for new graduates: Key lessons learned. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(5), 201–214.
- Crider, M. C., & McNiesh, S. G. (2011). Integrating a professional apprenticeship model with psychiatric clinical simulation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 49(5), 42–49.
- Crissman, S., & Jelsma, N. (1990). Cross-training: Practicing effectively on two levels. *Nursing Management*, 21(3), 64a64h.
- Cronnenwett, L., Sherwood, G., & Gelmon, S. B. (2009). Improving quality and safety education: The QSEN learning collaborative. *Nursing Outlook*, 57(6), 302–312.
- Darbyshire, P. (1994). Skilled expert practice: Is it “all in the mind”? A response to English’s critique of Benner’s novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 755–761.
- Day, L., & Benner, P. (2002). Ethics, ethical comportment, and etiquette. *American Journal of Critical Care*, 11(1), 76–79.
- Day, L., & Benner, P. (2014). The hidden curriculum in nursing education. In F. W. Hafferty, J. F. O’Donnell, & D. W. C. Baldwin (Eds.), *The hidden curriculum in health professional education* (pp. 140–149). Lebanon, NH: University Press of New England.
- Day, L., Benner, P., Sutphen, M., & Leonard, V. (2009). Reflections on clinical education: Insights from the Carnegie Study. In T. Valiga, & N. Ard (Eds.), *Clinical nursing education: Current reflections* (pp. 71–88). New York: National League for Nursing.
- De Jong, M. J., Benner, R., Benner, P., Richard, M. L., Kenny, D. J., Kelley, P., et al. (2010). Mass casualty care in an expeditionary environment: Developing local knowledge and expertise in context. *Journal of Trauma Nursing*, 17(1), 45–58.
- Descartes, R. (2016). *Discourse on meditations and first philosophy*: E.S. Haldane, Trans Digireads.com Publishing.
- Dilthey, W. (1976). *Selected writings*. London: Cambridge University Press H. P. Rickman, Trans. & Ed.
- Dolan, K. (1984). Building bridges between education and practice. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 275–284). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Dreyfus, H. L. (1979). *What computers can’t do*. New York: Harper & Row.
- Dreyfus, H. L. (1991). *Being-in-the-world: A commentary on being and time dimension*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the age of the computer*. New York: The Free Press.
- Dreyfus, H. L., & Taylor, C. (2015). *Retrieving realism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley Contract F49620-79-c-0063: Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research, USAF.
- Dunlop, M. J. (1986). Is a science of caring possible. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 661–670.
- Dunne, J. (1993). *Back to the rough ground: Practical judgment and the lure of technique*. Notre Dame, IN: Indiana University Press.
- Eckle, N. J. (1996). Family presence—where would you want to be. *Critical Care Nurse*, 16(1), 102.
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: A critique of Benner’s novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 387–393.
- Farrell, P., & Bramadat, I. J. (1990). Paradigm case analysis and stimulated recall: Strategies for developing clinical reasoning skills. *Clinical Nurse Specialist*, 4(3), 153–157.
- Fenton, M. V. (1984). Identification of the skilled performance of master’s prepared nurses as a method of curriculum planning and evaluation. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 262–274). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Fenton, M. V. (1985). Identifying competencies of clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Administration*, 15(12), 31–37.
- Fenton, M. V., & Brykczynski, K. A. (1993). Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 9(6), 313–326.
- Gadamer, G. (1970). *Truth and method*: Sheer & Ward: London.
- Geertz, C. (1973/1977). *Interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gaston, C. (1989). In-service education: Career development for South Australian nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 6(4), 5–9.
- Glass, H. (1975). A guest in the house. In M. Z. Davis, M. Kramer, & A. I. Strauss (Eds.), *Nurses in practice: A perspective on work environments* (pp. 178–189). St. Louis: Mosby.
- Gobet, F., & Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner’s theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 129–139.
- Gordon, D. R. (1986). Models of clinical expertise in American nursing practice. *Social Science and Medicine*, 22(9), 953–961.

- Hamric, A. B., Whitworth, T. R., & Greenfield, A. S. (1993). Implementing a clinically focused advancement system. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 20–28.
- Hargreaves, L., Nichols, A., Shanks, S., & Halamak, L. P. (2010). A handoff report card for general nursing orientation. *Journal of Nursing Administration*, 40(10), 424–431.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper & Row.
- J. MacQuarrie & E. Robinson, Trans.
- Huntsman, A., Lederer, J. R., & Peterman, E. M. (1984). Implementation of staff nurse III at El Camino Hospital. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 244–257). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Kelly, P. W., Kenny, D., Benner, P., & Gordon, D. R. (2017). Evolution of nursing case management for wounded services members injured in Iraq and Afghanistan. *Nursing Research*, 66(2), E128–E129.
- Kierkegaard, S. (1962). *The present age*. New York: Harper & Row.
- Dur, Trans. A.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251–258.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed). Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisals and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1985). The trivialization of distress. In J. C. Rosen, & L. J. Solomon (Eds.), *Preventing health risk behaviors and promoting coping with illness* (pp. 279–298). Hanover, NH: University Press of New England.
- 1996.
- Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's healing. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1–21.
- Lindeke, L. L., Canedy, B. H., & Kay, M. M. (1997). A comparison of practice domains of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 13(5), 281–287.
- Lock, M., & Gordon, D. R. (1989). *Biomedicine examined*. Boston, MA: Kluwer Academic.
- Løgstrup, K. E. (1997). *The ethical demand*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press with introduction by AMacIntyre & HFink.
- MacIntyre, A. (1981). *After virtue: A study in moral theory*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Martin, L. L. (1996). *Factors affecting performance of advanced nursing practice [Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing]*: University Microfilms No. 9627443.
- Mauleon, A. L., Palo-Bengtsson, L., & Ekman, S. (2005). Anesthesia care of older patients as experienced by nurse anesthetists. *Nursing Ethics*, 12(3), 263–272.
- McNiesh, S., Benner, P., & Chesla, C. (2011). Learning formative skills of nursing practice in an accelerated program. *Qualitative Health Research*, 21(1), 51–61.
- Medicine, Institute of (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: C. Smith, Trans. (Routledge and Kegan Paul).
- National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). (1990). *Curriculum guidelines and program standards for nurse practitioner education*. Washington, DC: Author.
- Neerveld, M. E. (1990). Preceptorship: One step beyond. *Journal of Nursing Staff Development*, 6(4), 186–189.
- Nuccio, S.A., Lingen, D., Burke, L.J., Kramer, A., Ladewig, N., & Raam, J., et al. The clinical practice developmental model: The transition process. *Journal of Nursing Administration*, 26, 29–37.
- O'Neill, O. (1996). *Towards justice and virtue: A constructive account of practical reasoning*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Packer, M. J. (1985). Hermeneutic inquiry in the study of human conduct. *American Psychologist*, 40(10), 1081–1093.
- Paley, J. (1996). Intuition and expertise: Comments on the Benner debate. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 665–671.
- Phillips, S., & Benner, P. (Eds.). (1994). *The crisis of care: Affirming and restoring caring practices in the helping professions*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Pijl-Zieber, E. M., Barton, S., Konkin, J., Owasoga, O., & Caine, V. (2014). Competence and competency-based nursing education: Finding our way through the issues. *Nursing Education Today*, 34, 676–678.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rubin, J. (1984). *Too much of nothing: Modern culture, the self and salvation in Kierkegaard's thought*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley Unpublished doctoral dissertation.
- Schwartz, A. (2005). State of nursing education. *Science of Caring*, 17(1), 12–15.
- Silver, M. (1986a). A program for career structure: From neophyte to expert. *The Australian Nurse*, 16(2), 38–41.
- Silver, M. (1986b). A program for career structure: A vision becomes a reality. *The Australian Nurse*, 16(2), 44–47.
- Smith, S. R., & Dollase, R. (1999). AMEE guide No. 14: Outcome-based education: Part 2. Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Medical Teacher*, 21(1), 15–22.
- Taylor, C. (1971). Interpretation and the sciences of man. *The Review of Metaphysics*, 25, 3–34.
- Taylor, C. (1982). Theories of meaning. Dawes Hicks Lecture. *Proceedings of the British Academy* (pp. 283–327). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of modern identity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Taylor, C. (1991). *Ethics of authenticity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Taylor, C. (1994). Philosophical reflections on caring practices. In S. S Phillips, & P. Benner (Eds.), *The crisis of care: Affirming and restoring caring practices in the helping professions* (pp. 174–187). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Uhrenfeldt, L. (2009). Caring for nursing staff among proficient first-line nurse leaders. *International Journal for Human Caring*, 13(2), 39–44.

- Ullery, J. (1984). Focus on excellence. In P. Benner (Ed.), *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 258–261). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Wrubel, J. (1985). *Personal meanings and coping processes: A hermeneutic study of personal background meanings and interpersonal concerns and their relation to stress appraisal and coping*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.]

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Benner, P. (2001). *From novice to expert Commemorative edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Benner, P. (2004). *The use of nursing narratives for reflecting on ethical and clinical judgment*. Tokyo, Japan: Shorinsha.
- Benner, P., & Benner, R. V. (1979). *The new nurse's work entry. A troubled sponsorship*. New York, NY: Tiresias Press.
- Gordon, S., Benner, P., & Noddings, N. (1996). *Caregiving readings in knowledge, practice, ethics, and politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kyriakidis, P., Ahrens, T., & Benner, P. (2016). *Adult health I and II, NovEx, novice to expert learning*. Saddleback, NJ: Pearson Publishers.

Capítulos de libros

- Benner, P. (1997). A dialogue between virtue ethics and care ethics. In D. Thomasma (Ed.), *The moral philosophy of Edmund Pellegrino* (pp. 47–61). Dordrecht, Netherlands: Kluwer.
- Benner, P. (1998). When health care becomes a commodity: The need for compassionate strangers. In J. F. Kilner, R. D. Orr, & J. A. Shelly (Eds.), *The changing face of health care* (pp. 119–135). Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans.
- Benner, P. (1999). Caring as a concept for the practice. In A. Solari-Twaddell (Ed.), *Parish nursing* (pp. 171–181). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Benner, P. (2001). The phenomenon of care. In S. K. Tombs (Ed.), *Handbook of phenomenology and medicine* (pp. 351–369). Dordrecht, Netherlands: Kluwer.
- Benner, P. (2002). Learning through experience and expression: Skillful ethical comportment in nursing practice. In E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, & J. L. Kissel (Eds.), *The healthcare professional as friend and healer: Building on the work of Edmund Pellegrino* (pp. 49–64). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Benner, P. (2003). Clinical reasoning articulating experiential learning in nursing practice. In O. Slevin, & L. Basford (Eds.), *Theory and practice of nursing* (2nd ed, pp. 176–186). London: Nelson: Thornes.
- Benner, P. (2005). Stigma and personal responsibility: Moral dimensions of a chronic illness. In R. B. Purtilo, G. M. Jensen, & C. B. Royeen (Eds.), *Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Benner, P. (2007). Interpretive phenomenology. In L. M. Given (Ed.), *The Sage encyclopedia of qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Benner, P. (2010). Experiential learning, skill acquisition and gaining clinical knowledge. In K. Obsborn, K. Wraa, A. Watson, & C. Wraa (Eds.), *Medical-surgical nursing* (pp. 32–44). Saddleback, NJ: Prentice-Hall.
- Benner, P. (2013). *Celebrating the work of Kari Martinsen: Celebrating the centrality of care and a receptive ethic a festschrift in honor of Professor Kari Martinsen*. Oslo, Norway: Akribie AS.
- Benner, P. (2013). Patricia Benner, five philosophical questions. In A. Forss, C. Ceci, & J. S. Drummod (Eds.), *Philosophy of nursing, five questions* (pp. 19–31). London: Automatic Press.
- Benner, P. (2019). Educating for professional responsibility: Integration across head, hands and heart. In G. Jensen, E. Mostrom, L. Hack, & T. Nordstrom (Eds.), *Educating physical therapists*. Thoroughfare, NJ: Slack Publishing.
- Benner, P. (2019). Skill acquisition and clinical judgement in nursing practice: Towards expertise and practical wisdom. In J. Higgs (Ed.), *Practice Futures. Vol. 3. Practice wisdom: Values and interpretations* (pp. 225–240). Boston: Brill Sense.
- Benner, P., & Gordon, S. (1996). Caring practice. In S. Gordon, P. Benner, & N. Noddings (Eds.), *Caregiving, readings in knowledge, practice, ethics and politics* (pp. 40–55). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Benner, P., & Leonard, V. W. (2004). Patient concerns and choices and clinical judgment in evidence-based practice. In B. M. Melnyk, & E. FineOutoverholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practices* (pp. 163–182). Philadelphia: Lippincott.
- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decision-making, and action: Thinking critically and clinically. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 87–109). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Benner, P., & Sutphen, M. (2010). Professional nursing education: Teaching for the complex practice of nursing. In P. Peterson, E. Baker, & B. McGaw (Eds.), *Elsevier international encyclopedia for education* (pp. 65–70). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1996). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. In P. Benner, C. Tanner, & C. Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (pp. 29–47). New York: Springer.

Artículos de revistas

- Benner, P. (1996). A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine*, 23, 1–15.
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1, 5–19.
- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100(10), 99–101, 103, 105.
- Benner, P. (2001). Curing, caring, and healing in medicine: Symbiosis and synergy or syncretism. *Park Ridge Center Bulletin*, 23, 11–12.
- Benner, P. (2003). [Book review] *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice*. J. Halpern (Ed.). *The Cambridge Quarterly for Health Care Ethics*, 12(1), 134–136.

- Benner, P. (2004). The dangers of geneticism. *Journal of Midwifery and Women's Press*, 49(3), 260–262.
- Benner, P. (2011). Formation in professional education: An examination of the relationship between theories of meaning and theories of the self. *Journal of Medicine and Philosophy. Special Edition on the Influence of Charles Taylor on Medical Ethics*, 36, 342–353.
- Benner, P., Brennan, M. R., Sr., Kessenich, C. R., & Letvak, S. A. (1996). Critique of Silva's philosophy, science and theory: Interrelationships and implications for nursing research. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 29(3), 214–215.
- Benner, P., Ekegren, K., Nelson, G., Tsolinas, T., & Ferguson-Dietz, L. (1997). The nurse as a wise, skillful and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*, 97(11), 27–34.
- Benner, P., & Sutphen, M. (2007). Learning across the professions: The clergy, a case in point. *Journal of Nursing Education*, 46(3), 103–108.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2007). Learning to see and think like a nurse: Clinical reasoning and caring practices. *Journal of Japanese Society of Nursing Research*, 30(1), 20–24.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2008). Formation and ethical comportment in nursing. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 173–176.
- Benner, P., Stannard, D., & Hooper, P. L. (1996). "Thinking-in-action" approach to teaching clinical judgment: A classroom innovation for acute care advanced practice nurses. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1, 70–77.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). Nurse practitioner extra: Becoming an expert nurse. Adapted with permission from Benner. In Tanner, & Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). The social fabric of nursing knowledge. Adapted with permission from Benner. In Tanner, & Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Brant, M., Rosen, L., & Benner, P. (1998). Nurses as skilled Samaritans: The nurse as wise, skillful, and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*, 98(4), 22–23.
- Cohen, H., & Benner, P. (2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 509–523.
- Dracup, K., Cronenwett, L., Meleis, A., & Benner, P. (2005). Reflections on the doctorate of nursing practice. *Nursing Outlook*, 53(4), 177–182.
- Ekegren, K., Nelson, G., Tsolinas, A., Ferguson-Dietz, L., & Benner, P. (1997). The nurse as wise, skillful, and compassionate stranger. *American Journal of Nursing*, 97, 26–34.
- Emami, A., Benner, P., & Ekman, S. L. (2001). A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(1), 15–24.
- Emami, A., Benner, P., Lipson, J. G., & Ekman, S. L. (2001). Health as continuity and balance in life. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 812–825.
- Fowler, M., & Benner, P. (2001). The new code of ethics for nurses: A dialogue with Marsha Fowler. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 434–437.
- Harrington, C., Crider, M. C., Benner, P., & Malone, R. (2005). Advanced nursing training in health policy: Designing and implementing a new program. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 6(2), 99–108.
- Massimo, L., Evans, L. K., & Benner, P. (2013). Caring for loved ones with frontotemporal degeneration: The lived experiences. *Geriatric Nursing*, 34(4), 302–306.
- Puntillo, K. A., Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stotts, N., Stannard, D., et al. (2001). End-of-life issues in intensive care units: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care*, 10(4), 216–229.
- Spichiger, E., Wallhagen, M., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 303–309.
- Sullivan, W., & Benner, P. (2005). Challenges to professionalism: Work integrity and the call to renew and strengthen the social contract of the professions. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 78–84.
- Sunvisson, H., Haberman, B., Weiss, S., & Benner, P. (2009). Augmenting the Cartesian medical discourse with an understanding of the person's lifeworld, lived body, life story and social identity. *Nursing Philosophy*, 10, 241–252.
- Weiss, S. M., Malone, R. E., Merighi, J. R., & Benner, P. (2002). Economism, efficiency, and the moral ecology of good nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 95–119.

Fuentes secundarias

Tesis doctorales

- Boller, J. E. (2001). *The ecology of exercise: An interpretive phenomenological account of exercise in the lifeworld of persons on maintenance hemodialysis* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, B62/12, 5638. (University Microfilms No. 3034743.)
- Chan, G. K. (2005). *E.R. = exit required. A philosophical, theoretical, and phenomenological investigation of care at the end-of-life in the emergency department* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, B66/06, 3054. (University Microfilms No. 3179943.)
- Chesla, C. A. (1988). *Parents' caring practices and coping with schizophrenic offspring, an interpretive study* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 49-B, 2563. (University Microfilms No. AAD88-13331.)
- Cho, A. (2001). *Understanding the lived experience of heart transplant recipients in North America and South Korea: An interpretive phenomenological cross-cultural study* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, B62/12, 5639. (University Microfilms No. 3034721.)
- Day, L. J. (1999). *Nursing care of potential organ donors: An articulation of ethics, etiquette and practice* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco].

- Dissertation Abstracts International*, 60-B, 5431. (University Microfilms No. AADAA-19951464.)
- Doolittle, N. (1990). *Life after stroke* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 51-B, 1742. (University Microfilms No. AAD90-24963.)
- Dunlop, M. (1990). *Shaping nursing knowledge: An interpretive analysis of curriculum documents from NSW Australia* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 51-B, 659. (University Microfilms No. AAD90-16380.)
- Hooper, P. L. (1995). *Expert titration of multiple vasoactive drugs in post-cardiac surgical patients: An interpretive study of clinical judgment and perceptual acuity* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 57-B, 238. (University Microfilms No. AAD85-19614338.)
- Kesselring, A. (1990). *The experienced body, when taken-for-grantedness falters: A phenomenological study of living with breast cancer* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 52-B, 1955. (University Microfilms No. AAD91-19579.)
- Kinavey, C. (2003). *Adolescents living with spina bifida: Moving from parental to self-care* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International* (University Microfilms No. 3051044.)
- Leonard, V. W. (1993). *Stress and coping in the transition to parenthood of first time mothers with career commitments: An interpretive study* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 54-A, 3221. (University Microfilms No. AAD94-02354.)
- MacIntyre, R. (1993). *Sex, drugs, and T-cell counts in the gay community: Symbolic meanings among gay men with asymptomatic HIV infections (immune deficiency)* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 54-B, 4601. (University Microfilms No. AAD94-06617.)
- Mahrer-Imhof, R. (2003). *Couples' daily experiences after the onset of cardiac disease: An interpretive phenomenological study*. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco].
- McNiesh, S. G. (2009). *Formation in an accelerated nursing program: Learning existential skills of nursing practice* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, B69/9, 5320. (University Microfilms No. 3324573.)
- Oakes-Greenspan, M. (2008). *Running toward: Reframing possibility and finitude through physicians' stories at the end of life* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, A68/11 (University Microfilms No. 3289310.)
- Orsolini-Hain, L. M. (2009). *An interpretive phenomenological study on the influences on associate degree prepared nurses to return to school to earn a higher degree in nursing* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, B69/09, 5321. (University Microfilms No. 3324576.)
- Prakke, H. (2004). *Articulating maternal caregivers' concerns, knowledge and needs* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International* (University Microfilms No. 3149700.)
- Rodriguez, L. (2007). *Student and faculty experiences of practice breakdown and error in nursing school* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International* (University Microfilms No. 3289350.)
- Spichiger, E. (2004). *Dying patients' and their families' experiences of hospital end-of-life care* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International* (University Microfilms No. 3136071.)
- Weiss, S. M. (1996). *Possibility or despair: Biographies of aging* [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. *Dissertation Abstracts International*, 57-B, 3662. (University Microfilms No. AAD96-34295.)



Kari Martinsen
(1943-actualidad)

Kari Martinsen: filosofía de la asistencia

Herdis Alvsvåg[†]

*«La enfermería se basa en el cuidado de la vida, en el amor amistoso. Al mismo tiempo, es necesario que la enfermera tenga una formación profesional.»
(Martinsen, 2006, p. 78)*

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Kari Marie Martinsen, enfermera y filósofa, nació en Oslo, Noruega, en 1943, durante la ocupación alemana de Noruega en la Segunda Guerra Mundial. Sus padres pertenecieron al movimiento de la Resistencia. Después de la guerra, dominaron el ambiente familiar debates morales y sociopolíticos, en el seno de una familia formada por tres generaciones: una hermana más joven, los padres y una abuela. Sus padres eran economistas formados en la Universidad de Oslo. Su madre trabajó toda la vida fuera de casa.

Después de la enseñanza secundaria, Martinsen comenzó sus estudios en la Escuela de Enfermería de Ullevål, en Oslo, y se graduó en 1964. Trabajó en práctica clínica en el Hospital de Ullevål durante 1 año, mientras seguía estudios preparatorios para ingresar en la universidad. Antes de aventurarse en una carrera universitaria, se especializó como enfermera psiquiátrica en 1966 y trabajó durante 2 años en el hospital psiquiátrico Dikemark, cerca de Oslo.

Mientras ejercía como enfermera, empezó a preocuparse por las desigualdades sociales en general y en los servicios sanitarios en particular. La salud, la enfermedad, el cuidado y el tratamiento obviamente no estaban distribuidos por igual. También entendió que existían discrepancias entre las teorías, los ideales y los objetivos del cuidado de la salud, por un lado, y los resultados prácticos de la enfermería, la medicina y los servicios sanitarios, por otro. Empezó así a cuestionarse cómo habían de estructurarse una sociedad y una profesión para

apoyar y ayudar a los enfermos y a los que están fuera del mercado laboral. Una pregunta especialmente incisiva era cómo debe funcionar la enfermería para evitar abandonar a los pacientes más débiles y a los que necesitan una mayor atención. La siguiente pregunta obvia era cómo puede atender la enfermera al paciente si la ciencia médica se relaciona primero y principalmente con las enfermedades del paciente. En otras palabras, Martinsen quería saber cómo los que representan los servicios sanitarios ofrecen una enfermería adecuada a las personas que están bajo su cuidado, si están tan ligados a una ciencia que objetiva al paciente. Asimismo, se preguntó si esa misma objetificación aumentaría al hacer hincapié en conseguir una base científica para la enfermería.

Estas cuestiones fundamentales impulsaron a Martinsen a emprender estudios adicionales, esta vez para obtener la licenciatura en Psicología en la Universidad de Oslo en 1968, con el objetivo de obtener un máster en Psicología. Como prerrequisito, necesitaba un examen intermedio en fisiología y otro crédito libre de nivel intermedio; eligió Filosofía. Este encuentro con la filosofía y la fenomenología le hizo cambiar de planes drásticamente. Se dio cuenta de que la filosofía podía explicar mejor que la psicología las cuestiones existenciales que se planteaba. El estudio de la fenomenología la llevó a la Universidad de Bergen, la segunda ciudad más grande de Noruega.

De 1972 a 1974, asistió a clases en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Bergen. En su trabajo para obtener la licenciatura en Filosofía (*Magister artium*), Martinsen se enfrentó filosóficamente a cuestiones que la habían perturbado como ciudadana, profesional y trabajadora sanitaria. Su tesis *Philosophy and Nursing: A Marxist and Phenomenological Contribution* (Martinsen, 1975) originó un debate inmediato y

Fotografía: Lars Jakob Løtvedt, Bergen, Norway.

[†]Traductores: Vigdis Elisabeth Brekke, Bjørn Follevåg y Kirsten Costain Schou.

recibió mucha atención crítica. La tesis dirigía una mirada crítica hacia la profesión enfermera por su rechazo a considerar seriamente las consecuencias de la disciplina, adoptando las características y la base científica de la enfermería de forma acrítica. Esta tendencia contribuiría a distanciar a las enfermeras de los pacientes que más las necesitan. Esta tesis, la primera escrita por una enfermera en Noruega, analizó la disciplina enfermera desde una perspectiva social y de filosofía crítica.

A mediados de la década de 1970, Noruega sufrió una gran escasez de profesoras de enfermería. Para solucionar este problema, las directoras de tres Facultades de Enfermería de Bergen decidieron establecer un curso de formación para profesoras de enfermería. El curso fue establecido conjuntamente por la Universidad de Bergen, las autoridades del condado y tres Facultades de Enfermería. Para dirigir el programa se necesitó la participación de una enfermera con formación universitaria. Pidieron a Martinsen que fuera decana de la Facultad de Formación de Profesoras de Enfermería de Bergen, y ocupó este puesto de 1976 a 1977.

Gracias a sus estudios filosóficos y a las cuestiones sociológicas que encontró en la enfermería práctica y en la formación en enfermería, Martinsen se interesó por la historia de la enfermería. ¿Cómo comenzó la formación de las enfermeras en Noruega, quiénes fueron los responsables de su inicio y qué querían conseguir? Para estudiar más estrechamente algunos de estos temas, en 1976 Martinsen solicitó y recibió una beca de la Asociación de Enfermería de Noruega. En aquel momento, en Noruega se estaba produciendo un intenso debate sobre la formación en enfermería. Una comisión pública propuso conservar la graduación tradicional en 3 años, y al final consintió en modificarla y establecer un sistema de cualificación con un período de residencia. Esto significaba que, al finalizar el primer año, la estudiante era una ayudante de cuidados, y con 2 años más, una enfermera. Esto significó el final del principio de un programa de estudios de 3 años de duración. Con la Asociación de Enfermería de Noruega, las enfermeras noruegas protestaron para conservar este programa de estudios de 3 años. Las contendientes permanecieron en bandos contrarios, y se calentó el tono del discurso político sobre el tema de la formación en enfermería. Martinsen participó vivamente en este debate. Aunque sugirió que la formación en enfermería debía cambiar a un programa de 4 años, aprobó también el principio de cualificación con un período de residencia. Esbozó un modelo educativo según el cual se obtenía el título de auxiliar en cuidados después de 2 años y el de enfermera después de 4 años de formación (Martinsen, 1976). Su sugerencia fue vista como una provocación.

En 1978, Martinsen recibió una beca del Consejo General de Investigaciones Científicas de Noruega. En este momento, se hallaba vinculada al Departamento de Historia de la Universidad de Oslo, donde trabajó en su nuevo proyecto de la

historia social de la enfermería, mientras impartía un máster sobre historia sociopolítica. De 1981 a 1985 trabajó como colaboradora científica en el Departamento de Historia de la Universidad de Bergen. Además de realizar su propia investigación, Martinsen enseñó y supervisó a estudiantes del máster sobre historia del feminismo; además, elaboró una base de datos sobre la historia del feminismo en Noruega.

El periodo comprendido de 1976 a 1986 puede describirse como una fase histórica en la obra de Martinsen (Kirkevold, 2000). Publicó varios artículos sobre historia (Martinsen, 1977, 1978, 1979a, 1979b). Durante esta fase, fueron estrechas colaboradoras Anne Lise Seip, profesora de Historia Social, Ida Blom, profesora de Historia del Feminismo, y Kari Wærness, profesora de Sociología. En 1979, Martinsen y Wærness publicaron un libro con el provocador título de *Caring without care?* (Martinsen y Wærness, 1979). En este libro, las autoras plantearon importantes cuestiones:

- ¿Se estaban «alejando» las enfermeras de la cabecera del paciente?
- ¿Estaba desapareciendo la atención a los enfermos e inválidos con la llegada de unos cuidados y tratamientos cada vez más técnicos?
- ¿Se estaban convirtiendo las enfermeras en administradoras e investigadoras que dejaban cada vez más la ejecución concreta de los cuidados en manos de otros grupos de profesionales?

Ayudar a los enfermos y a los dependientes se consideraba un trabajo de mujeres, y esta opinión tiene profundas raíces históricas. Sin embargo, la existencia de la enfermera con formación profesional no es muy antigua en Noruega, ya que se originó a finales del siglo XIX. Las diaconisas (hermanas cristianas laicas) fueron las primeras profesionales de salud noruegas y se formaron en distintas casas alemanas de diaconisas. Martinsen describió cómo estas primeras enfermeras formadas pusieron los cimientos de la formación de enfermería en Noruega y cómo aumentó su número, escribieron libros de texto y ejercieron la enfermería tanto en centros como a domicilio. Fueron las precursoras del sistema de salud público noruego. Este periodo pionero fue descrito por Martinsen en su libro *History of Nursing: Frank and Engaged Deaconesses: A Caring Profession Emerges 1860-1905* (Martinsen, 1984). Con este trabajo, Martinsen obtuvo el doctorado por la Universidad de Bergen en 1984.

Para defender su tesis, Martinsen preparó dos conferencias: «Health Policy Problems and Health Policy Thinking Behind the Hospital Law of 1969» (Martinsen, 1989a) y «The Doctors' Interest in Pregnancy—Part of Perinatal Care: The Period ca. 1890-1940» (Martinsen, 1989b). A partir de 1986, Martinsen trabajó durante 2 años como profesora asociada en el Departamento de Salud y Medicina Social de la Universidad de Bergen. Impartió clases y supervisó a estudiantes de máster, además de escribir una serie de artículos filosóficos e históricos, que se publicaron en 1989 con el título *Caring, Nursing*

and Medicine: Historical-Philosophical Essays (Martinsen, 1989). En esta obra se aunaron los aspectos de la fase histórica de Martinsen, marcando el inicio de un periodo más filosófico (Kirkevold, 2000). Martinsen se preocupó por los problemas fundamentales del cuidado y las interpretaciones del significado de **discernimiento** entre 1985 y 1990. Contribuyó a una antología danesa publicada en 1990 con un ensayo titulado «Moral Practice and Documentation in Practical Nursing». Aquí escribe:

«La práctica de la moral se basa en el cuidado. El cuidado no solo constituye la base de los valores de la enfermería, sino que es un prerequisite fundamental de nuestra vida. El discernimiento exige una implicación emocional y la capacidad de analizar la situación para valorar las alternativas de actuación. Aprender la práctica de la moral en enfermería es aprender cómo se fundamenta la moral en situaciones concretas. Se explica mediante objetividad experimental o a través de la discreción, en la acción o en el lenguaje. En ambos casos, lo que importa es aprender una buena práctica enfermera.»

(Martinsen, 1990, pp. 60, 64–65)

En 1990, Martinsen se trasladó a Dinamarca, donde pasó 5 años. Trabajó en la Universidad de Århus para establecer programas de máster y doctorado en enfermería. Su base filosófica se desarrolló durante estos años principalmente a través de encuentros con filósofos daneses (Martinsen, 2002a) y la tradición teológica. En *Caring, Nursing and Medicine: Historical-Philosophical Essays*, Martinsen (1989, 2003b) había relacionado el concepto de cuidado con el filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976). Mientras residía en Dinamarca, pasó a ser de dominio público que Heidegger había simpatizado con los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Por aquel entonces se publicaron una serie de artículos académicos en los que se demostraba que Heidegger era miembro del partido nacionalsocialista alemán y que traicionó a colegas y amigos judíos, como a Edmund Husserl (1859-1938) y Hannah Arendt (1906-1975). Heidegger fue apartado de la docencia durante varios años después de la guerra por su relación con los nazis (Lubcke, 1983).

Martinsen contrapuso su propio pensamiento filosófico con el de Heidegger en *From Marx to Løgstrup: On Morality, Social Criticism and Sensuousness in Nursing* (Martinsen, 1993b). Precisamente porque no es posible separar la vida del aprendizaje, para explicar los aspectos fundamentales de los cuidados Martinsen consideró que era importante recurrir a fuentes distintas de Heidegger. Knud E. Løgstrup (1905-1981), el filósofo y teólogo danés, sería su fuente alternativa, aunque nunca se conocieron. Martinsen supo de su existencia a través de sus libros y a través de su esposa, Rosemarie Løgstrup, que era alemana. Rosemarie conoció a su marido en Alemania,

mientras ambos estudiaban filosofía. Más adelante tradujo sus libros al alemán.

Mientras Martinsen vivía y trabajaba en Dinamarca, se reunió con Patricia Benner en varias ocasiones para mantener diálogos públicos en Noruega y Dinamarca, y de nuevo en 1996 en California y en Bergen en 2020. Uno de estos diálogos se publicó posteriormente con el título «Ethics and Vocation, Culture and the Body» (Martinsen, 1997b). Martinsen también mantuvo importantes diálogos con Katie Eriksson, profesora de enfermería finlandesa. Se encontraron en Noruega, Dinamarca, Suecia y Finlandia. Al principio, sus discusiones eran tensas y tirantes, pero con el tiempo se convirtieron en conversaciones fructíferas y esclarecedoras que más tarde se publicaron como *Phenomenology and Caring: Three Dialogues* (Eriksson y Martinsen, 2012; Martinsen, 1996; Martinsen y Eriksson, 2009). Martinsen elaboró tres capítulos de este libro: «Cuidados y metafísica. ¿Hay sitio para ello en la enfermería?»; «El cuerpo y el espíritu en la enfermería», y «La fenomenología de la creación, ética y poder: la filosofía de la religión de Løgstrup se encuentra con la práctica de la enfermería». Estos títulos son similares a los diálogos que Martinsen mantuvo con Benner; en el prefacio del libro explica:

En referencia tanto a Benner como a Eriksson, Martinsen escribe:

«Las palabras sobre las que hablamos y escribimos son compasión, esperanza, sufrimiento, dolor, sacrificio, vergüenza, violación, duda. Son “palabras importantes”, pero no tanto como su localización en la vida, nuestra situación cotidiana como enfermeras. La misericordia, escribe el teólogo y filósofo danés Løgstrup, es la renovación de la vida, es dar vida a los demás. ¿Qué otra cosa es la enfermería sino dar al paciente la posibilidad de vivir una vida con sentido dentro del ciclo vital que habitamos entre la vida y la muerte? Para experimentar el significado real de estas importantes palabras debemos adentrarnos en la vida junto con nuestros semejantes.»

(Martinsen, 1996, p. 7)

En 2002 y durante un periodo de 5 años, Martinsen regresó a la Universidad de Bergen como profesora del Departamento de Salud Pública y Atención Primaria para la ciencia de la enfermería. La enseñanza a estudiantes de máster y doctorado ocupó el centro de su labor docente. Organizó cursos doctorales y colaboró a petición de los países nórdicos como supervisora y conferenciante.

El periodo a partir de 1990 se caracteriza por la investigación filosófica. Su pensamiento estaba dominado por cuestiones filosóficas y ontológicas fundamentales, así como por su significado en relación con la enfermería. Durante este periodo, trabajó en proyectos muy dispares y, además de sus propios libros, escribió y publicó en varias publicaciones y

antologías. Ya se han mencionado libros de esta época (Martinsen, 1993b, 1996). En 2000 se publicó *The Eye and the Call* (Martinsen, 2000b). En este libro, los títulos de los capítulos suenan más poéticos que los de sus primeros trabajos: «Mirar con el ojo del corazón», «Ética, cultura y vulnerabilidad de la carne», «La llamada: ¿podemos vivir sin ella?» y «El acto del amor y la llamada».

Martinsen también trabajó con ideas sobre el espacio y la arquitectura. Según ella, el espacio y la arquitectura pueden influir en la dignidad humana. Escribió por primera vez sobre esta idea en el artículo «La casa y la canción, las lágrimas y la vergüenza: el espacio y la arquitectura como guardianes de la dignidad humana» (Martinsen, 2001).

Martinsen ocupó cargos en tres escuelas de enfermería desde 1989 hasta 2004. En 2007, se convirtió en profesora a tiempo completo en el Colegio Universitario de Harstad, en el norte de Noruega.

Las ideas y los proyectos académicos surgían y florecían fácilmente en torno a Martinsen, y ella atraía a otros expertos para participar en los proyectos académicos. Editó una colección de artículos a la que contribuyeron varias profesoras de enfermería, *The Thoughtful Nurse* (Martinsen, 1993a). El Lovisenberg Deaconess University College de Oslo, con la ayuda de Martinsen, tomó la iniciativa de publicar una nueva edición del primer libro de texto de enfermería noruego, que se publicó originalmente en 1877 (Nissen, 2000). En esta edición, Martinsen (2000a) escribió un epílogo, situando el texto en el contexto de la enfermería académica. Con una compañera de Oslo, Martinsen editó otra colección de artículos elaborados por editores y profesores universitarios para el libro *Ethics, Discipline and Refinement: Elizabeth Hagemann's Ethics Book-New Readings* (Martinsen y Wyller, 2003). Este libro proporciona un análisis de un texto sobre ética para profesionales de enfermería publicado en 1930 y se utilizó como libro de texto hasta 1965. Cuando el texto sobre ética fue reeditado en 2003, se interpretó a la luz de los trabajos de dos filósofos franceses, Pierre Bourdieu (1930-2002) y Michel Foucault (1926-1984), así como del sociólogo alemán Max Weber (1864-1920). En 2012, junto con colegas de la Universidad de Harstad, Martinsen publicó un libro sobre narrativa y ética en enfermería (Thorsen et al., 2012).

Así, los hilos históricos y filosóficos están presentes en las distintas fases del pensamiento de Martinsen, y tiñen su obra de forma diferente durante los distintos periodos. En 2011, Martinsen fue honrada como Caballero de Primera Clase de la Real Orden Noruega de San Olaf por la importancia de su trabajo, su pensamiento y su labor como autora en la ciencia de la enfermería.

FUENTES TEÓRICAS

En su análisis de la profesión de enfermería a principios de la década de 1970, Martinsen se fijó en tres filósofos en particular: el filósofo, político y teórico social alemán Karl Marx

(1818-1883); el filósofo alemán y fundador de la fenomenología Edmund Husserl (1859-1938), y el filósofo francés y fenomenólogo del cuerpo Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Más adelante, amplió sus fuentes teóricas para incluir a otros filósofos, teólogos y sociólogos.

Karl Marx: análisis crítico, práctica de la transformación

La filosofía marxista proporcionó a Martinsen algunas herramientas de análisis para describir la realidad de la disciplina de la enfermería y la crisis social en la que se encontraba. Esta crisis consistía en el fracaso de la disciplina, que examina y reconoce su naturaleza como fragmentada, especializada y técnica, permitiendo al mismo tiempo una visión holística o global del cuidado. Martinsen observó que la disciplina formaba parte del positivismo y del sistema capitalista, sin praxis de liberación. Existe una «ley de atención inversa» según la cual quien necesita más asistencia es precisamente quien recibe menos. Marx criticó el individualismo y la satisfacción de las necesidades del rico a expensas del pobre. La opinión de Martinsen es que resulta importante exponer este fenómeno cuando se produce en el servicio sanitario. La exposición de esta realidad puede forzar un cambio. Martinsen mantiene que los profesionales de enfermería deben cuestionar la naturaleza de la enfermería, su contenido y estructura interna, sus orígenes históricos y la génesis de la profesión. De este modo, puede conseguirse una práctica de la enfermería crítica en la que la profesional vea su tarea y su profesión en el seno de un contexto histórico y social. Por tanto, su interés histórico tiene una intención crítica y de transformación.

Edmund Husserl: la fenomenología como la actitud natural

La fenomenología de Edmund Husserl es importante para las críticas de Martinsen a la ciencia y al positivismo. La visión de uno mismo que tiene el positivismo consiste en su actitud de convertir al hombre en objeto y de deshumanizarlo y una actitud interesada respecto a la persona. Husserl consideró la fenomenología como una ciencia estricta. Los procesos metodológicos estrictos de la fenomenología llevan a una actitud de reflexión serena sobre la realidad científica, de modo que los individuos puedan descubrir unas estructuras y contextos dentro de los cuales efectúen tareas inconscientes y que se dan por supuestas. Esta práctica consiste en la problemática de lo sobrentendido. Al hacer problemático el autoconocimiento de lo sobrentendido, los individuos encuentran oportunidades para entender «la cosa en sí misma», que siempre se revelará de forma perspectiva. La fenomenología trabaja con lo pre-científico, que es lo que se encuentra en la actitud natural, cuando las personas se dirigen a algo con la intención de conocerlo y entenderlo de forma significativa. La fenomenología insiste en el contexto, la totalidad, la participación, el compromiso, el cuerpo y la vida vivida. Los humanos viven en

contextos, en el tiempo y en el espacio, y viven históricamente. El cuerpo no puede dividirse en cuerpo y alma, sino que es un todo que está relacionado con otros cuerpos, con las cosas del mundo y con la naturaleza.

Maurice Merleau-Ponty: el cuerpo como la actitud natural

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) se basa en el pensamiento de Husserl, pero se centra más que ningún otro pensador en el cuerpo humano en el mundo. Tanto Husserl como Merleau-Ponty criticaron a Descartes (1596-1650), que separó a la persona del mundo en el que vive con otras personas. El cuerpo representa la actitud natural del mundo. La profesión enfermera está relacionada con el cuerpo en todos los aspectos. Los profesionales de enfermería utilizan sus propios cuerpos en la tarea de cuidar y se relacionan con otros cuerpos en la necesidad de enfermería, tratamiento y cuidado. Sus cuerpos y los de sus pacientes se expresan a través de acciones, actitudes, palabras, el tono de voz y los gestos. La fenomenología implica los actos de la interpretación, la descripción y el reconocimiento de la vida vivida, la vida cotidiana que las personas viven junto con otras en un mundo natural mutuo, incluido el contexto profesional en que se produce el cuidado.

Martin Heidegger: el ser existencial como cuidado

Martin Heidegger (1889-1976) fue un fenomenólogo alemán discípulo de Husserl, entre otros. Investigó el ser existencial, es decir, lo que es y cómo es. Martinsen entronca con el concepto de cuidado de Heidegger porque «en su pensamiento el cuidado es un concepto central. La cuestión es tratar de extraer las cualidades fundamentales del cuidado, o lo que el cuidado es y abarca» (Martinsen, 1989, p. 68). Continúa: «El análisis de nuestra vida en la práctica no puede separarse del análisis de lo que es el cuidado. Investigar una cosa implica, al mismo tiempo, investigar la otra. En conjunto forman una unidad inseparable. El cuidado es un concepto fundamental para entender a la persona» (Martinsen, 1989, p. 69). Con la fenomenología y con Heidegger como telón de fondo, Martinsen dota de contenido y sustancia al cuidado: el cuidado tendrá siempre por lo menos dos partes como prerrequisito. Una persona siente preocupación y ansiedad por otra. El cuidado implica cómo los individuos se relacionan unos con otros, cómo se preocupan uno por otro en su vida cotidiana. El cuidado es el aspecto más natural y fundamental de la existencia humana.

Como se mencionó anteriormente, Martinsen revisó su perspectiva sobre Heidegger (Martinsen, 1993b). Al mismo tiempo, no rechazó «el pensamiento original y agudo de Heidegger» (Martinsen, 1993b, p. 17). Vuelve a Heidegger cuando explica qué significa residir. Heidegger había examinado precisamente el concepto de residir, que es siempre vivir entre las cosas (Martinsen, 2001). Heidegger refuerza una idea también

mantenida por Merleau-Ponty: las cosas que rodean a los individuos no son simplemente cosas, hablando objetivamente, sino que realmente participan y modelan sus vidas. Dentro de esas cosas con las que residen dejan algo de sí mismos. Es el cuerpo el que reside, rodeado por un ambiente.

Knud Ejler Løgstrup: la ética como condición primaria de la existencia humana

Knud Ejler Løgstrup (1905-1981), filósofo y teólogo danés, fue importante para Martinsen tras el «vacío» dejado por Heidegger. El pensamiento de Løgstrup puede resumirse a través de dos tendencias intelectuales: la fenomenología y la teología de la creación; esta última contiene su filosofía de la religión (teología de la creación no debe confundirse con el «creacionismo» más reciente de EE. UU.). Como fenomenólogo, Løgstrup intentó revelar y analizar el fenómeno esencial de la existencia humana. A través de sus investigaciones fenomenológicas, Løgstrup llegó a lo que denominó *manifestaciones soberanas o espontáneas de la vida*: confianza, esperanza, compasión y sinceridad del lenguaje. Decir que estas características son esenciales es lo mismo que decir que son características preculturales de nuestra existencia; en la obra posterior de Martinsen también se denominan «sagradas» (Martinsen, 2018). Como características, proporcionan condiciones para la cultura, condiciones para la existencia; hacen posible la comunidad humana (Lubcke, 1983). Según Heidegger, el cuidado es una característica de este tipo. En opinión de Løgstrup, las manifestaciones soberanas de la vida se convirtieron en las características necesarias para la coexistencia humana.

Martinsen sostiene que, para Løgstrup, la metafísica y la ética se entrelazan en el concepto de creación:

«Son fenómenos característicos que nos sostienen de tal manera que el cuidado del otro surge de la condición de haber sido creados. El cuidado por los otros se revela en la relación humana a través de la confianza, el lenguaje, la esperanza y la compasión. Estos fenómenos, que Løgstrup también denomina manifestaciones soberanas de la vida, son “la ética de nacimiento”, lo que significa que son esencialmente éticos. La confianza, el lenguaje sincero, la esperanza y la compasión son fundamentalmente buenos en sí mismos y no requieren nuestra justificación. Si intentamos dominarlos, serán destruidos. En cambio, la metafísica y la ética, o la ética metafísica, son prácticas. Están relacionadas con cuestiones de la vida en las que la persona es desprovista de omnipotencia.»

(Martinsen, 1993b, pp. 17-18)

El ser humano debe cuidar de lo que existe, no tratar de controlarlo: «La cultura occidental es singular en cuanto a su necesidad de comprender y controlar. Se ha alejado de la cuna de nuestra cultura y de nuestra religión en el relato de la creación del Antiguo Testamento. En el Antiguo Testamento,

“guardar”, “vigilar” y “cuidar”, por un lado, y cultivar y usar, por otro, formaban una oposición unificada» (Martinsen, 1996, p. 79). Decir que estos elementos son opuestos unificados es lo mismo que decir que por separado y por sí mismos son opuestos separados e irreconciliables, pero que cuando se ajustan uno respecto al otro forman una oposición que unifica y crea un todo. Cuidar, guiar y proteger, cultivar y utilizar lo que podríamos decir cultivo y uso de un modo cuidadoso como oposición unificada, significa que los individuos no están dominando ni explotando, sino que son comidos y considerados en su trato diario con los demás y con la naturaleza.

La cuestión ética es cómo una sociedad combate el sufrimiento y se ocupa de los que necesitan ayuda. En el contexto de la enfermería, Martinsen formula esta misma pregunta de la siguiente manera: «¿Cómo podemos cuidar, como enfermeras, el significado eterno de la persona, el valor inagotable del individuo, independientemente de lo que el individuo sea capaz de hacer, para lo que pueda ser útil o lo que pueda lograr? ¿Soy capaz de ver al otro como el otro, y no como fundamentalmente diferente a mí mismo?» (Martinsen, 1993b, p. 18).

La editorial danesa Klim publica las obras de y sobre Løgstrup bajo el sello *The Løgstrup Library*. En este contexto, Martinsen ha aportado la monografía *Løgstrup og sygepleien* (*Løgstrup y la enfermería*) (Martinsen, 2012a), publicada posteriormente en noruego (Martinsen, 2012b).

Max Weber: la vocación como el deber de servir al vecino a través de nuestro trabajo

Max Weber (1864-1920) fue un sociólogo alemán que tuvo un gran impacto en la filosofía de las ciencias sociales. Weber intentó entender el significado de la acción humana. También fue crítico con la sociedad que vio surgir con la aparición de la industrialización. Junto a Marx, Martinsen encontró en Weber un nuevo aliado para la crítica del capitalismo y de la ciencia. Mientras Løgstrup era un filósofo de la religión, Weber era un sociólogo de la religión. Weber también criticaba al mundo occidental su capacidad de intervención y de consumo ilimitados. La ciencia genera desencanto por el mundo creado precisamente porque se refiere a lo creado como objetos en su objetificación de todo lo que existe (Martinsen, 2000b, 2001, 2002b).

En gran medida, Martinsen coincide con Weber en su explicación de la vocación (Martinsen, 2000b). Weber se parecía a Martin Lutero (1483-1546), que analizaba la vocación en un sentido laico:

«La vocación es el trabajo en el sentido de una ocupación de la vida o un campo de trabajo restringido, en el que el individuo provee a su semejante. El joven Lutero relacionó la vocación con el trabajo, y la entendió como un acto de amor al prójimo. La vocación se entiende a partir de la noción de creación, de que hemos sido creados para cuidarnos unos a otros a través del trabajo.»

(Martinsen, 2000b, pp. 94-95)

En otras palabras, la vocación está al servicio de la creación. Con referencia al joven Lutero, Martinsen escribió que la vocación «significa que nos encontramos en unos contextos de vida que exigen algo de nosotros. Es un reto que, en mi vocación, me hace reunirme y ayudar a mi vecino. Está en la Existencia como una ley de vida» (Martinsen, 1996, p. 91).

Michel Foucault: el efecto de su método intensifica la fenomenología de los fenomenólogos

Los fenomenólogos subrayan la importancia de la historia para nuestra experiencia. Martinsen (1975) se refirió a Foucault en su tesis de filosofía, pero se ocupó especialmente de este filósofo en relación con sus trabajos históricos a partir de 1976 (Martinsen, 1978, 1989, 2001, 2002b, 2003a). Foucault (1926-1984) fue un filósofo, historiador e ideólogo francés. Estaba interesado por los conceptos de fractura y diferencia, más que por la continuidad y el contexto. Afirmó que en cada época histórica, así como en el seno de las distintas culturas, existen algunas estructuras, sistemas de términos y formas de pensamiento que son comunes y compartidas y que moldean las sociedades. En este sentido, Foucault hizo frente a la filosofía subjetiva, que destaca la importancia de la persona como individuo privado e independiente. Por ejemplo, Foucault se preguntó qué condiciones fundamentales existían en la época histórica en que se crearon los centros para dementes. Así como que en épocas posteriores comenzara a definirse al demente como un enfermo mental. Algo nuevo había ocurrido; ¿de qué dependía? ¿Por qué ocurrió y qué se consiguió en la sociedad? ¿Qué acciones se llevaron a cabo; hubo alianzas de poder que supusieron el establecimiento del orden y la disciplina? Hacer este tipo de preguntas implica descubrir varias capas de conocimiento, yendo más allá de conceptos generales para entender el significado de la historia de un modo diferente y nuevo. Foucault enuncia las distinciones sociales básicas que hacen posible describir a las personas. Se extraen a partir de prerequisites tácitos (Lubcke, 1983). En este sentido, el método de Foucault intensifica el proceso fenomenológico. Él animaba a pensar de forma novedosa y distinta del modo de pensamiento existente en aquella época y en el contexto que cada persona vive. Su visión no solo fue descriptiva, sino también crítica.

Martinsen afirmó que, al cuidar a los demás, los individuos se relacionan entre ellos de una manera diferente y buscan cosas distintas a las que se buscan dentro de la ciencia natural que objetiva la medicina utilizando su «mirada de clasificación» y su «mirada de exploración» (Martinsen, 1989, pp. 142-168, 2000a). Esta forma de mirar requiere un espacio particular; el cuidado requiere unos tipos de espacio distintos para la aparición de diferentes formas de conocimiento. Varias cuestiones afectan al cuidado en un servicio de salud: ¿qué estructuras o características de la disciplina deben encontrarse en la práctica actual, en enfermería y en su disposición espacial? ¿Qué significará pensar de forma diferente al de las

personas de una época determinada? ¿Se encuentra aquí la enfermería crítica y, si es así, cuáles son las implicaciones para los servicios sanitarios y la investigación actuales?

Paul Ricoeur: el constructor de puentes

Paul Ricoeur (1913-2005) fue un filósofo francés. Su posición se designa a menudo como *hermenéutica crítica* o *fenomenología hermenéutica*. Trató de tender un puente entre la ciencia natural y la ciencia humana, entre la fenomenología y el estructuralismo y otras posturas opuestas. Se centró en temas como el tiempo y la narrativa, el lenguaje y la historia, el discernimiento y la ciencia. Ricoeur se interesa por la comunicación humana, en lo que entiende una de la otra. Señala hacia el lenguaje cotidiano y sus múltiples significados, en comparación con el lenguaje científico. Martinsen se refiere a los paralelismos en la filosofía del lenguaje de Løgstrup y Ricoeur. Martinsen afirma:

«La cultura de la medicina está dominada por un lenguaje conceptual abstracto en el que las palabras se inscriben en diferentes clasificaciones, y en el que no siempre se ajustan a las situaciones prácticas y concretas reales. En el lenguaje cotidiano de la tradición asistencial, en cambio, las palabras se siguen por la forma en que se despliegan en diferentes contextos de significado dentro de la asistencia concreta, en compañía del paciente y de la comunidad profesional. Habladas en el lenguaje común, las palabras se diferencian por su poder de expresión, por su especial entonación. Transmiten un tono.»

(Martinsen, 1996, p. 103)

USO DE DATOS EMPÍRICOS

En la filosofía de la atención de Martinsen, el lenguaje y la reflexión implicados en el juicio profesional y la narrativa son formas de dar cuenta de manera convincente de las condiciones, situaciones y fenómenos del caso (Martinsen, 1997a, 2002c, 2003c, 2004, 2005). Martinsen afirma que las percepciones obvias han de explicarse de modo convincente. Con referencia a Husserl, señala diferentes formas de evidencia: la indudable (apodíctica), la exhaustiva y la parcial. Cada tipo representa diferentes requisitos de evidencia. Los hechos, los temas y las situaciones proporcionan formas distintas de evidencia. Por ejemplo, se puede aceptar la evidencia matemática, que es indudable, y transferirla a los objetos físicos y a las personas. En el ámbito del cuidado, es el discernimiento y la narración lo que puede aclarar los hechos empíricos de un caso de manera probatoria, esclarecedora o convincente (Martinsen, 2003c, 2004, 2005, 2009, 2012). Actuar con discreción consiste en interpretar las impresiones que se sacan del paciente. El conocimiento y la experiencia profesional que uno ha acumulado le dan un horizonte de comprensión que es flexible en los encuentros con la situación del paciente (Martinsen, 1990, 2002c). La narrativa puede tanto describir como prescribir la acción (Martinsen, 1997a, 2012). «Una buena narrativa da vida a la moralidad existencial y hace inevitable la acción práctica» (Martinsen, 1993b, p. 161).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Martinsen es reacia a dar definiciones de términos, porque las definiciones tienden a encerrar los conceptos. Más bien mantiene que debe presentarse el contenido de los conceptos. Es importante delimitar el contenido de un término y explicar lo que significa, pero evitar encerrarlos en definiciones.

Cuidar

El **cuidar** «no solo constituye la base de valores de la enfermería, sino que es un prerrequisito fundamental para nuestra vida. El cuidar es el desarrollo positivo de la persona a través del Bien» (Martinsen, 1990, p. 60). El cuidar es una trinidad: relacional, práctica y moral simultáneamente (Alvsvåg, 2003; Martinsen, 2003b, 2012b). El cuidado se dirige hacia la situación en que está la otra persona. En los contextos profesionales, el cuidado requiere formación y aprendizaje. «Sin un conocimiento profesional, la preocupación por el paciente se convierte en mero sentimentalismo» (Martinsen, 1990, p. 63).

Tiene claro que custodia, negligencia y sentimentalismo no son expresiones del cuidado.

Juicio profesional y discernimiento

Estas cualidades están relacionadas con lo concreto. Los profesionales de enfermería aprenden observación clínica a través del ejercicio del juicio profesional en contextos de vida prácticos. Se trata de «formarse no solo para ver, escuchar y tocar clínicamente, sino para ver, escuchar y tocar clínicamente de forma adecuada» (Martinsen, 1993b, p. 147). El paciente causa una impresión en el profesional de enfermería, que se mueve físicamente y la impresión es sensual. «Dado que la percepción tiene un carácter analógico, evoca la variación y el contexto de la situación» (Martinsen, 1993b, p. 146). Una cosa recuerda la otra, y esta reminiscencia crea una conexión entre las impresiones en la situación, el conocimiento profesional y la experiencia previa. La discreción expresa el conocimiento

(Continúa)



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

profesional a través de los sentidos naturales y el lenguaje cotidiano (Martinsen, 2005, 2006).

La práctica moral se fundamenta en el cuidar

«La **práctica moral** se da cuando la empatía y la reflexión funcionan juntas de tal manera que el cuidado puede expresarse en la enfermería» (Martinsen, 1990, p. 60). La moral está presente en situaciones concretas que deben ser explicadas. Las acciones del individuo han de explicarse; se aprenden y justifican a través de la objetividad de la empatía, formada por la empatía y la reflexión. En términos concretos, esto significa descubrir cómo se ayudará mejor al otro, y las condiciones básicas para ello son el reconocimiento y la empatía. La sinceridad y el juicio forman parte de la práctica moral (Martinsen, 1990).

Profesionalismo orientado a la persona

El **profesionalismo orientado a la persona** es «exigir un conocimiento profesional que permita ver al paciente como una persona que sufre, y que proteja su integridad. Desafía la competencia profesional y la humanidad en una reciprocidad benévola, reunida en una experiencia básica comunitaria de protección y cuidado de la vida. Exige un compromiso en lo que hacemos, de modo que uno quiere dedicar parte de sí mismo al otro, y de modo que uno está obligado a hacer lo mejor por la persona a la que debe cuidar, vigilar o atender. Se trata de conocer la propia posición dentro de un contexto vital que exige algo de nosotros, y de situar al otro en el centro, de la orientación del encuentro asistencial hacia el otro» (Martinsen, 2000b, pp. 12, 14).

Manifestaciones soberanas de la vida

Las **manifestaciones soberanas de la vida** son fenómenos que acompañan a la creación misma. Existen como fenómenos culturales en todas las sociedades; se presentan en forma de potenciales. Se hallan más allá del control e influencia humanos, por lo que son soberanas. Las manifestaciones soberanas de la vida son la sinceridad, la confianza, la esperanza y el amor. Son fenómenos que los humanos reciben del mismo modo que reciben el tiempo, el espacio, el aire, el agua y la comida (Alvsvåg, 2003). A menos que los reciban, la vida se desintegra. La vida es una autopreservación a través de la recepción (Martinsen, 2000b, 2012b). Las manifestaciones soberanas de la vida son prerequisites para cuidar, al mismo tiempo que las acciones del cuidado son requisitos necesarios para realizar las manifestaciones soberanas de la vida en la vida concreta. Un individuo puede actuar de un modo tal que, a través de interacciones, se produzcan la sinceridad, la confianza, la esperanza, la compasión y el amor, o bien por el contrario puede negarles la entrada. Sin su presencia en las acciones de un individuo, no puede entenderse el cuidado. Al mismo tiempo, las acciones del cuidado preparan la realización de las manifestaciones soberanas de la vida en las vidas personales

y profesionales. El acto de cuidar puede llevar al paciente a experimentar el significado del amor y de la compasión; el cuidado puede encender la esperanza o dar sostenimiento; asimismo, el cuidado puede ser lo que hace fundamental la confianza y la sinceridad en las relaciones con la enfermera. Del mismo modo, la falta de cuidado puede bloquear en el otro la experiencia de misericordia; puede crear desconfianza y una actitud de contención en relación con el servicio sanitario.

Zona intocable

La **zona intocable** es un área en la que no se debe interferir durante los encuentros con el otro y con la naturaleza. Se refiere a los límites que los individuos deben respetar. La zona intocable crea una cierta distancia protectora en la relación; asegura la imparcialidad y exige argumentación, teoría y profesionalismo. En el cuidado, la zona intocable está unida con su opuesto, la sinceridad, donde lo adecuado son la familiaridad, la vulnerabilidad y el motivo. La sinceridad y la zona intocable constituyen una contradicción unificadora del cuidado (Martinsen, 1990, 2006).

Vocación

La **vocación** «es una exigencia que me hace la vida de una manera totalmente humana para encontrar y cuidar a un semejante. La vocación se da como una ley de vida relativa al amor al prójimo, que es fundamentalmente humano» (Martinsen, 2000b, p. 87). Es una demanda ética para cuidar de nuestro semejante. Por ello, la enfermería requiere un perfeccionamiento personal, además de los conocimientos profesionales (Malchau, 2000).

El ojo del corazón

El concepto del **ojo del corazón** proviene de la parábola del buen samaritano. El corazón dice algo acerca de la existencia de la persona como un todo, acerca de verse afectado o conmocionado por el sufrimiento del otro y la situación en que el otro se encuentra. En lo sensual y en la percepción, nos movemos antes de entender, pero también nos enfrentamos a la idea tardía del entendimiento. Ver y ser visto con el ojo del corazón es una forma de atención participativa basada en una reciprocidad que unifica la percepción y la comprensión, en la que la comprensión del ojo es dirigida por los sentidos (Martinsen, 2000b, 2006).

El ojo que registra

El **ojo que registra** es lo que objetiva, y la perspectiva es la del observador. Tiene relación con encontrar conexiones, sistematizar, ordenar, clasificar y colocar en un sistema. El ojo que registra representa una alianza entre la ciencia natural moderna, la tecnología y la industrialización. Si uno se expone como paciente a esta mirada, o si uno la emplea como profesional de forma unilateral, la compasión se aleja de la situación, y la voluntad de vivir se reduce (Martinsen, 2000b).

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

Aunque los cuidados van más allá de la enfermería, el cuidado es fundamental para la enfermería y para otros trabajos de naturaleza asistencial. El hecho de cuidar implica tener en cuenta, cuidar y preocuparse por un semejante. Cuando se habla de cuidado, tres cosas deben estar presentes simultáneamente; se podrían llamar la «trinidad del cuidado»: el cuidado debe ser **relacional**, **práctico** y **moral** (Alvsvåg, 2011).

- *Relacional* significa que el cuidado requiere al menos dos personas. Martinsen lo describe así:

«Una persona se preocupa por otra. Cuando una sufre, la otra se “aflige” (en el sentido de sufrir junto con alguien) y esto sirve para aliviar el dolor... El cuidado es el aspecto más natural y fundamental de la existencia humana. En el cuidado, la relación entre las personas es el elemento más esencial. La esencia de la persona es que una es creada para el bien de las otras, por su propio bien. La cuestión aquí es que el cuidado siempre presupone a los demás. Y, asimismo, aquello que nunca puedo entender o conocer por mí mismo en solitario o independientemente de otras personas.»

(Martinsen, 1989, p. 69)

- El cuidado es *práctico*. Está relacionado con una acción concreta y práctica. El cuidado se enseña y se aprende a través de su práctica.
- El cuidado también es *moral*: «Para que el cuidado sea auténtico, debo relacionarme con el otro desde una actitud (estado de ánimo, “*befindlichkeit*”) que reconozca al otro a la luz de su situación. [No debemos] sobrestimar ni subestimar su capacidad de la otra persona para ayudarse a sí misma» (Martinsen, 1989, p. 71).

El cuidado requiere una correcta comprensión de la situación, lo que presupone una buena evaluación de los objetivos inherentes a la situación de cuidado: «El ejercicio de la enfermería se dirige esencialmente a las personas que no son capaces de valerse por sí mismas, que están enfermas y necesitan cuidados. El encuentro de la persona enferma con el cuidado a través de la enfermería implica un conjunto de prerequisites, como conocimientos, habilidades y organización» (Martinsen, 1989, p. 75). Los profesionales de enfermería necesitan formación en todos los tipos de cuidados. Para adquirir un juicio profesional, deben practicar y meditar solos y junto con otras personas. El cuidado y el juicio profesional están integrados en la enfermería (Martinsen, 1990, 1997a, 2003c, 2004, 2005, 2006, 2012b).

Persona

Lo que convierte al individuo en persona es el compañerismo cargado de significado de la tradición. La persona no puede ser arrancada del medio social y de la comunidad de personas en la que vive (Martinsen, 1975). En cierto sentido, existe un paralelismo entre la persona y el cuerpo. Es como cuerpos que los individuos relacionan consigo mismos, con los demás y con el mundo (Alvsvåg, 2000; Martinsen, 1997a). El cuerpo es una unidad de alma y carne, de espíritu y carne. La persona es corpórea, y como cuerpos percibimos y también entendemos.

Salud

La salud se analiza desde una perspectiva sociohistórica. Dos ideas históricas de salud contrarias, la de la Grecia clásica y la moderna de intervención y expansión, conforman el contexto en que Martinsen escribe lo siguiente: «La salud no solo refleja el estado del organismo, sino que también es una expresión del nivel actual de la competencia médica. Para decirlo con intención, las tendencias del concepto moderno de salud son tales que si uno tiene un “defecto” innecesario o un órgano que “podría” ser mejor, no está completamente sano» (Martinsen, 1989, p. 146). El ideal moderno de salud reduccionista sobre el que se construye la medicina moderna es a la vez analítico e individualista; se orienta hacia todo lo que no es «suficientemente bueno». Junto con los recursos y la autonomía de la medicina, ha proporcionado éxitos en términos de tratamiento. A Martinsen le preocupa que esta ideología no soporte un examen crítico. Los efectos a veces nocivos de la medicina y los servicios insuficientes destinados a las personas con dolencias y enfermedades crónicas llevan a Martinsen a decantarse hacia el ideal de salud clásico y conservador. Lo importante es curar algunas veces, ayudar a menudo y consolar siempre. Ello requiere que la sociedad ofrezca a las personas la oportunidad de vivir la vida de la mejor manera posible y con una conciencia individual; ambos requisitos tienen implicaciones ambientales. El entorno no debe cambiarse a tal velocidad y en tal medida que el cambio supere la base de conocimientos; se requiere moderación y precaución (Martinsen, 1989, 2003b).

Entorno: espacio y situación

La persona siempre está en una situación concreta y en un espacio concreto. En el espacio se encuentran el tiempo, el ambiente y la energía (Martinsen, 2001, 2002b, 2002c). Martinsen se pregunta qué hacen el tiempo, la arquitectura y el conocimiento respecto al ambiente de un espacio. La arquitectura, las interacciones entre individuos, el uso de objetos, las palabras, el conocimiento, el saber estar en el espacio, son todos ellos factores que determinan el tono y dan color a la situación y al espacio. La persona entra en el espacio universal, el espacio natural, pero a través de sus espacios crea un espacio cultural. Lo mismo que construimos casas con habitaciones,

las actividades de los servicios de salud se producen también en habitaciones diferentes. «La habitación del enfermo es importante como lugar físico, material y construido, pero también es un lugar que compartimos con otras personas. La habitación, con su interior y sus objetos, hace visible la interpretación que hacen de ella el paciente y la enfermera» (Martinsen, 2001, pp. 175-176). El reto de los profesionales de enfermería es ofrecer dignidad a los pacientes y a estos espacios. Lo que se necesita entonces es un conocimiento deliberado recogido en espacios ralentizados y deliberados, «un espacio en el que percibir: oler, escuchar, ver y cuidar» (Martinsen, 2001, p. 176).

Lo sagrado

Tenemos culturas que entienden que todo puede reducirse a construcciones sociales. Sin embargo, cabe plantearse si puede haber algo sagrado en el sentido de no creado por el ser humano (Martinsen, 2018).

En el encuentro con otro ser humano vulnerable, y en relación con la naturaleza, hay algo sagrado. Algo que exige reverencia, respeto, cuidado y consideración, de manera que el individuo (el paciente, su familia, la enfermera) no queda reducido a un pequeño engranaje en el servicio sanitario caracterizado por la presión del tiempo. Lo sagrado puede entenderse y experimentarse en una concurrida habitación de hospital, y los ejemplos literarios y prácticos pueden ilustrar cómo las experiencias de lo sagrado pueden interpretarse, describirse y analizarse desde una perspectiva fenomenológica.

De este modo, lo sagrado es universalmente «accesible», independientemente de la fe o la actitud vital de la persona. Martinsen (2018) se pregunta: «¿Queremos vivir en una cultura y con una sanidad pública donde nada es sagrado y todo puede reducirse a construcciones sociales? La respuesta es no».

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Las personas son creadas dependientes y relacionales. El cuidado es fundamental para la vida humana. Los seres humanos viven no solo con una mera relación de compañerismo, sino que también se relacionan con los animales y con la naturaleza, así como con una fuerza creativa que sostiene el todo. La persona depende fundamentalmente de la comunidad y de la creación. A lo creado pertenecen las manifestaciones soberanas de la vida: «Estas primero *nos son dadas* y después son *soberanas*». Es decir, es imposible para la persona evitar su poder. Son fenómenos que están presentes en el servicio de la vida. Crean vida, dan a conocer las posibilidades de la vida» (Martinsen, 1996, p. 80).

El cuerpo es creado como un todo, es decir, que la necesidad y el espíritu, o el cuerpo y el espíritu, entran en una

interacción benévola, en la que no se puede evitar la percepción. Martinsen escribe:

«La percepción inicia la interacción y la mantiene. El cuidado del cuerpo se convierte en un elemento central. En este sentido, la enfermería es un trabajo vocacional y laico que, a través de un cuidado profesional del cuerpo, protege y ofrece espacio para las posibilidades de vida del paciente. La vocación se ve así como una demanda que la vida nos hace para ayudar a nuestros semejantes (en este caso, al paciente) mediante nuestro trabajo. Se trata de trabajo en el servicio de los procesos vitales. En enfermería, la vocación, el cuerpo y el trabajo se consideran un contrapeso a la nueva espiritualidad (sin cuerpo).»

(Martinsen, 1996, p. 72)

El amor al prójimo va unido a un discernimiento concreto, práctico, profesional y moral. El conocimiento sensual y basado en la experiencia es fundamental y esencial para la práctica de la enfermería. Los cuidados se aprenden a través de la experiencia práctica en situaciones concretas bajo la supervisión de enfermeras expertas y experimentadas (Martinsen, 1993b, 2003b).

La metafísica no es una especulación sobre aquello de lo que no se puede saber nada. Es una interpretación de los fenómenos que todos los humanos reconocen a través de sus sentidos y pueden experimentar. Estos fenómenos son precientíficos y fundacionales.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

El planteamiento lógico de Martinsen puede describirse como inductivo y análogo. El aspecto inductivo de su pensamiento se basa en la idea de que el punto de partida de sus trabajos teóricos son las experiencias de la vida y en el servicio de salud. Se inclina hacia la filosofía y la historia con la esperanza de profundizar y entender más el trabajo concreto de la enfermería y de la vida vivida. En su reunión con la filosofía de la vida y la fenomenología de la creación, encuentra la ontología y la metafísica de un modo distinto al de la filosofía tradicional. Las expresiones de la vida, la creación, el tiempo y el espacio son hechos ontológicos y metafísicos. Por analogía, se diría que los seres humanos pueden pensar estos hechos y reconocerlos en sus experiencias concretas de la vida práctica. Se manifiestan como reuniones entre personas, en relatos y en el ejercicio del discernimiento. «De este modo, la metafísica atisba en lo empírico», escribe Martinsen en referencia a Løgstrup (Martinsen, 1996). Además, afirma: «El relato lleva su tiempo, es lento. Proporciona contexto a través de formas análogas de reconocimiento, es decir, es relevante para nosotros cuando

podemos reconocernos en los fenómenos vitales con los que se relaciona» (Martinsen, 2002b, p. 267).

Kirkevold escribe lo siguiente:

«Martinsen no pretende presentar una teoría lógicamente construida. Por el contrario, se aleja de la noción del conocimiento que insiste en que la teoría tenga una estructura lógica formada por términos, principios y reglas. La teoría de Martinsen es un análisis interpretativo del cuidado, sobre el que la autora intenta verter luz desde varias perspectivas. Debe decirse que el tratamiento de este fenómeno es tanto extenso como exhaustivo.»

(Kirkevold, 1998, p. 180)

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La propia Martinsen se muestra reacia a dar indicaciones concretas sobre la enfermería práctica. Sin embargo, recomienda a las enfermeras que «piensen» y valoren lo que ella dice y escribe en relación con sus propias vidas, práctica y experiencia; y que, en este plano, imaginen su propio paso a otras alternativas de acción. Es así como Kirkevold lo presenta:

«La teoría del cuidado de Martinsen es relevante en la práctica como filosofía global/general de la enfermería. Articula y comprende de modo claro una formulación precisa de cómo deberían entenderse y abordarse los pacientes y la enfermería. Su fuerza radica en la habilidad para favorecer la reflexión sobre la práctica de la enfermería en diferentes contextos, en que ofrece un cuadro claro de lo que la autora cree que debe existir para que la enfermería pueda considerarse cuidado o práctica moral.»

(Kirkevold, 1998, p. 181)

Mantiene que muchos de estos textos contienen:

«Un carácter normativo, y pretenden movilizar una contracultura en la enfermería, que no solo revoluciona la disciplina de la enfermería y su práctica, sino que también se erige como una fuerza de resistencia contra la tendencia de la sociedad en oposición al concepto de cuidado. En los últimos años se ha acentuado el estilo personal, inspirador y poético. Comunica a la filosofía del cuidado de Martinsen un estilo fascinante, por lo que ha tenido un gran impacto sobre las enfermeras y las estudiantes.»

(Kirkevold, 1998, p. 204)

La propia Martinsen se dirige a las enfermeras en ejercicio a través de su revista profesional, *Sykepleien*. Kirkevold escribe: «Al elegir la revista *Nursing* como vehículo principal para comunicar su trabajo académico, ha subrayado que sus raíces se encuentran más en la enfermería práctica que en la ciencia» (Kirkevold, 1998, p. 203).

Formación

La mayoría de las facultades de enfermería de Noruega y Dinamarca hacen un buen uso de los textos de Martinsen, y sus obras forman parte del plan de estudios en diversos niveles educativos. Sus libros se reeditan de forma regular y han tenido un impacto considerable. Varios textos recomendados para la enseñanza de la enfermería tratan su pensamiento (Alvsvåg, 2011; Kirkevold, 1998; Kristoffersen, 2002; Mekki y Tollefsen, 2000; Nielsen, 2011). Además, para la formación de enfermería se han escrito también otros libros cuyo objetivo es conseguir que el pensamiento de Martinsen sea relevante para la enfermería en general, y también para aspectos profesionales específicos. Por ejemplo, varios profesores universitarios de Noruega y Dinamarca elaboraron en el año 2000 una recopilación de artículos que ofrecen una introducción al pensamiento de Martinsen y que están destinados a los estudiantes (Alvsvåg y Gjengedal, 2000; Kjaer, 2000). El libro *Philosophy of Caring in Practice. Thinking with Kari Martinsen in Nursing* se publicó en 2002 y de nuevo en 2010 (Austgard, 2010).

Un libro de texto danés sobre cuidados espirituales incluye el pensamiento de Martinsen, además de los de Katie Eriksson y Joyce Travelbee (Overgaard, 2003). La *Danish Encyclopedia of Nursing* contiene una entrada sobre Kari Martinsen y varias otras entradas incluyen su pensamiento sobre el cuidado y el juicio (Jorgensen y Lyngaa, 2008).

Investigación

De la misma manera que una enfermera práctica puede reflexionar y evaluar lo que escribe, sus escritos también pueden aplicarse en la investigación. Innumerables charlas basadas en aspectos prácticos, concretos o más teóricos analizan la relación entre la experiencia empírica y la filosofía a la luz de la terminología de Martinsen. En una tesis doctoral, el pedagogo noruego Pål Henning Walstad aborda la influencia de Grundtvig-Løgstrup en Kari Martinsen, llamándola *Care for Life*, y la analiza en relación con el trabajo práctico y la formación profesional (Walstad, 2006). Además, las tesis doctorales de Ruth Olsen (1998) y Betty-Ann Solvoll (2007) incluyen un estudio de campo sobre la formación enfermera y explican los datos en relación con las reflexiones sobre el cuidado de Martinsen. Dos tesis doctorales danesas (Dalgard, 2007; Mark, 2008) reflejan la teoría de Martinsen aplicada al abordaje material empírico de los cuidados a enfermos terminales y a pacientes con anorexia y diabetes, respectivamente. Se han hecho aplicaciones similares con referencia a la higiene de los pacientes (Boge, 2008), a los encuentros dignos en la fase final de la vida (Bøe, 2008) y a la importancia del espacio y

la arquitectura para los pacientes psiquiátricos (Larsen, 2009). Else Foss es una maestra de preescolar que analiza el llanto de los niños en los jardines de infancia en su tesis doctoral (Foss, 2009). Estos ejemplos de aplicaciones del pensamiento de Martinsen en la investigación desbordan el ámbito de la enfermería tradicional. Charlotte Delmar ha escrito sobre la investigación y la «reflexión» de Martinsen en diferentes artículos, el más reciente en el capítulo de un libro «Scandinavian Caring Sciences» (Delmar, 2019).

EVOLUCIÓN

El cuidado puede entenderse a varios niveles: ontológico, concreto y práctico, o a nivel de sistema u organización. Los profesionales de enfermería actúan de un modo profesional y moral, de modo que el cuidado y las expresiones de vida reciban el espacio que necesitan para surgir en los encuentros enfermera-paciente. Los profesionales de enfermería se ven continuamente obligados una y otra vez a reflejar de modo crítico si esto ocurre o no. Esto implicaría la manifestación de un profesionalismo orientado a la persona, la manifestación repetida de actos de amor en la profesión» (Martinsen, 1993b, 2000b).

Además, es importante desarrollar un modo de pensar sobre el cuidado en la investigación enfermera. Así, en enfermería, la ciencia se enfrentaría a ciertos límites. El reto consiste en desarrollar un tipo de investigación que no empobrezca la práctica, sino que mejore los conocimientos y la sabiduría disponibles desarrollados a través de la práctica; en otras palabras, desarrollar o crear una investigación orientada a la práctica, una cooperación entre el investigador y el profesional (Martinsen, 1989, 1993b). Kirkevold escribe lo siguiente:

«La teoría de Martinsen es especialmente importante porque es una de las pocas teorías de enfermería noruegas existentes, y porque es una de las primeras teorías de enfermería nórdicas que da expresión a una nueva comprensión de la realidad y a la necesidad de nuevas teorías de enfermería basadas en ella.»

(Kirkevold, 1998, p. 182)

A nivel organizativo y social, el concepto de cuidado también es muy relevante. Es importante desarrollar sistemas y organizaciones sociales, como los servicios de salud, de forma que se posibilite un profesionalismo orientado a la persona. Martinsen escribe sobre un samaritano tanto misericordioso como político (Martinsen, 1993b, 2000b, 2003b). Lo que es importante, tanto a nivel social como a nivel de organización, es cómo los samaritanos políticos facilitan el trabajo de los samaritanos compasivos.

CRÍTICA

Claridad

La teoría de Martinsen afirma claramente que la vida ha sido creada y nos ha sido dada. Los seres humanos han sido creados por dependencia mutua y de la naturaleza. El cuidado

mutuo y de la naturaleza es fundamental. El reto para las enfermeras es reunir a los pacientes y a sus familias con la profesionalidad centrada en la persona, y este (el encuentro con el paciente) es la base de la profesionalidad centrada en la persona.

Sencillez

A primera vista, la teoría de Martinsen parece compleja. Sin embargo, esto se puede deber a que pone en cuestión muchas de las asunciones familiares que tiene en la cabeza –por ejemplo, que los seres humanos somos libres, independientes y sin límites en nuestra capacidad para la actividad y la interferencia en la creación–. Las sociedades occidentales viven en una cultura de individualismo. Su visión de la humanidad puede describirse como *colectivista*. Utiliza un modo de hablar más poético y filosófico que científico, lo que también podría parecer extraño en una sociedad científica. Martinsen escribe sobre los fenómenos generales que nos afectan y que podemos reconocer fácilmente en nuestras vidas personales, sea en el ámbito laboral o en la vida cotidiana. Vista de este modo, la teoría del cuidado no es difícil de entender. Martinsen pide que leamos despacio sus obras mientras imaginamos nuestras propias experiencias a la luz de lo que escribe (Martinsen, 2000b).

Generalidad

Dado que la teoría enfermera de Martinsen se ocupa de los fenómenos esenciales de la vida y de la enfermería, fenómenos presentes en todas las situaciones humanas, puede considerarse relevante para los pacientes en general (Martinsen, 2006). Su teoría del cuidado «parece ser relevante para todos los pacientes que, por enfermedad u otras razones, necesitan ayuda y asistencia» (Kirkevold, 1998, p. 181).

Accesibilidad

Los mundos de experiencia del paciente y de la enfermera son diversos, matizados y polifacéticos. Se requiere un lenguaje diverso y variado para tratar con una realidad polifacética, un lenguaje que vaya a la par con lo que va a describirse. Este lenguaje es cercano a la filosofía y también al lenguaje cotidiano; es un lenguaje poético. El lenguaje poético es quizás el más preciso en la descripción de los diversos fenómenos y situaciones abiertos a la interpretación. La reflexión sobre el juicio profesional y los relatos crea los contextos de una comunidad y de una tradición de enfermería; los profesionales de enfermería reconocen las situaciones y, por tanto, poseen una perspectiva moral y profesional. Esto les permite realizar una buena enfermería, dependiente de las situaciones –una práctica moral profesional–.

Importancia

La teoría del cuidado de Martinsen es una crítica al sistema imperante y al mismo tiempo una inspiración para los individuos en situaciones concretas de cuidados (Gjengedal, 2000). Gjengedal (2000) escribe que la motivación de Martinsen para

el trabajo teórico «tiene precisamente un punto de partida práctico, un deseo de comprender y proteger contra la devaluación del aspecto asistencial de la enfermería» (p. 38). La devaluación del cuidado puede producirse si se acepta acríticamente «una perspectiva científica ciega a la vida vivida y a todo lo que da sentido al ser» (Gjengedal, 2000, p. 54).

Las enfermeras, como todos los individuos, tienen el reto de vivir de una forma que permita expresar un significado positivo en sus relaciones humanas, por ejemplo, en las relaciones entre los pacientes y sus familiares. Las enfermeras como profesionales están llamadas a decidir cómo expresar esta realidad de forma concreta en el contexto de la enfermería y la filosofía en la que Martinsen basa su pensamiento aporta ideas en las que basar la reflexión individual ante situaciones específicas. Las situaciones específicas se presentan ellas mismas con posibilidades y con limitaciones. Las estructuras creadas socialmente, como la falta de recursos económicos y personales, y la falta de camas hospitalarias presentan serias limitaciones diarias. Las oportunidades para el cuidado son

más accesibles en una comunidad asistencial y son desarrolladas por personas políticamente conscientes:

«Una comunidad asistencial no es dictatorial, ni es el brazo extendido pasivo de la sociedad. La comunidad asistencial existe solo en la medida en que luchamos por su existencia. Debemos formarlo nosotros mismos: a través de la solidaridad, a través de acciones moralmente responsables y mediante una lucha por una mayor igualdad e integración social y en la comunidad. El cuidado es un concepto activo y radical.»

(Martinsen, 1989, p. 62)

Es importante crear las condiciones para una asistencia sanitaria y un nivel de vida buenos y equitativos para todos, pero en la lucha sobre unos recursos presupuestarios limitados, el punto de partida deben ser los más débiles, los que más ayuda necesitan; se trata de invertir la ley de la asistencia para que los que menos tienen reciban más.

RESUMEN

Martinsen tiene un interés tanto personal como sociopolítico en los enfermos y en aquellos que, por otras razones, quedan fuera de la sociedad. Su postura teórica puede denominarse crítica y fenomenológica. Ella parte de la idea inicial de que los seres humanos han sido creados y son seres frente a los que tenemos una responsabilidad administrativa. Somos seres relacionales; dependemos unos de los otros y de la Creación. Por tanto, el cuidado, la solidaridad y la moral son unas realidades inevitables.

En cuanto al tema del cuidado, Martinsen desafía a la sociedad, a la política sanitaria y a los propios trabajadores de la salud a hacer realidad los valores inherentes al cuidado a través de políticas concretas y de la enfermería práctica. Martinsen da deliberadamente pocas directrices de actuación. En cambio, pide

a los profesionales de enfermería que mediten acerca de las situaciones de los pacientes y familiares y que, mediante un buen entendimiento de la situación, perspectiva profesional y cuidados adecuados, lleguen a la mejor de las soluciones prácticas.

El pensamiento de Martinsen ha provocado, comprometido y creado debate y fomentado avances profesionales en la enfermería de los países nórdicos durante los últimos 30 años. Su pensamiento incita a los profesionales de enfermería a pensar y a actuar de modo correcto, crítico y diferente respecto a la enfermería, la educación y la investigación. Gracias a su perspectiva, sus conceptos y nociones basados en la investigación y la docencia en historia y filosofía, el «pensamiento del cuidado» de Martinsen contribuye a iluminar la enfermería y la investigación sobre la enfermería.

CASO CLÍNICO

Como enfermeras, nos encontramos con pacientes y sus familiares en muchas situaciones vitales diferentes. Los pacientes pueden ser de todos los grupos de edad, ser enfermos agudos o crónicos, pueden recuperar la salud o enfrentarse al final de su vida y a la muerte como una realidad. Las enfermeras visitamos a los pacientes y familiares en sus casas, hospitales, residencias, servicios de salud escolares, clínicas locales, etc.

Algunos de estos encuentros con pacientes y familiares nos impresionan más que otros, y todos ellos representan situaciones de aprendizaje.

Teniendo en cuenta estos antecedentes y la filosofía de Martinsen de este capítulo, escriba un caso clínico desde su experiencia clínica personal utilizando las actividades de pensamiento crítico enumeradas aquí y explique cómo se expresó el cuidado en esa situación particular del paciente.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comience centrando el pensamiento en una situación concreta de enfermería con la que haya tenido una experiencia personal como participante activo o como observador.
2. Concéntrase en los aspectos de cuidado humano en la situación en la que se está centrando.
3. Basándose en esta situación y en los cuidados humanos en los que se ha centrado, explique lo que significa para usted el *profesionalismo orientado a la persona* y la *práctica moral* en esta situación del paciente.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akriben.
- Delmar, C. (2019). Scandinavian caring sciences. En W. Rosa, S. Horton-Deutsch, & J. Watson (Eds.), *A handbook for caring science* (pp. 461–474). USA: Springer Publishing Company.
- Entrevista en vídeo entre Kari Martinsen y Patricia Benner en Bergen, Noruega, febrero de 2020. <https://educationnurses.com>. Con Patricia Benner. Buscar «Kari Martinsen». Parte 1: Ontología de la percepción y el cuidado. Parte 2: El arte de sentir y encontrar al paciente en una atención auténtica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet—Fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. In H. Alvsvåg, & E. Gjengedal (Eds.), *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget [The view of the person—from the phenomenology of the body to creation phenomenology. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Alvsvåg, H. (2003). vid.brage.unit.no ... Some features of this site may not work without it. Det mellommenneskelige - forutsetningen for dialog. Grunnlaget for dialog. Alvsvåg, Herdis. Journal article. View/Open. Fag_og_tro_ Alvsvåg_2003-3 (17.60Mb). Permanent link. <http://hdl.handle.net/11250/2493804>.
- Alvsvåg, H. (2011). Omsorg—Med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. In B. K. Nielsen (Ed.), *Sygeplejebogen 3. Teori og metode. 3. opplag*. København: Gads Forlag [Caring—From the starting point of Kari Martinsen's philosophy. In B. K. Nielsen (Ed.), *Nursing textbook 3. Theoretical-methodological basis of clinical nursing*. Copenhagen: Gads Forlag.]
- Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget [Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Austgard, K. (2010). Omsorgsfilosofi i praksis A tenke med Kari Martinsen i sykepleien. Cappelen Akademisk Forlag: Oslo, [Philosophy of caring in practice. Thinking with Kari Martinsen in nursing. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.]
- Bøe, K.G., Bøe (2008). Verdige møter mellom helsepersonale og pasienter i livets sluttfase. Avhandling for dr. art.-graden. [Dignified encounters between health workers and patients in the final phase of life. Doctoral dissertation, University of Oslo.]
- Boge, J., Boge (2008). Kroppsvask i sjukepleia. Avhandling for philosophiae doctor (PhD) Universitetet i Bergen. [Bathing the patient. Doctoral dissertation, University of Bergen.]
- Dalgaard, K.M., Dalgaard (2007). At leve med uhelbredelig sykdom. Det samfundsvidenskabelige Fakultet, (PhD). Aalborg Universitet. [Living with incurable disease. Doctoral dissertation, School of Social Sciences University of Aalborg.]
- Delmar, C. (2019). Scandinavian caring sciences. In W. Rosa, S. Horton-Deutsch, & J. Watson (Eds.), *A handbook for caring science* (pp. 461–474). New York: Springer Publishing Company.
- Eriksson, K., & Martinsen, K. (2012). The hidden and forgotten evidence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 625–626.
- Foss, E., Foss (2009). Den omsorgsfulle væremåte. Avhandling for philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen. [The caring way of being. Doctoral dissertation, University of Bergen.]
- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. In H. Alvsvåg, & E. Gjengedal (Eds.), *Omsorgstenkning: En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget [Caring and nursing. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Jørgensen, B. B., & Lyngaa, J. (Eds.). (2008). *Sygeplejeleksikon*. København: Munksgaard [Encyclopedia of Nursing. Copenhagen: Munksgaard.]
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier—Analyse og evaluering*. Oslo: (Kirkevold). ad Notam Gyldendal [Nursing theories—Analysis and evaluation (2nd ed.). Oslo: ad Notam Gyldendal.]
- Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. In H. Alvsvåg, & E. Gjengedal (Eds.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget [Developmental characteristics in the writings of Kari Martinsen. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Kjær, T. (2000). Fænomenologi, etikk og fortelling. In H. Alvsvåg, & E. Gjengedal (Eds.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen:

- Fagbokforlaget [Phenomenology, ethics and narrative. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Kristoffersen, N. J. (2002). *Generell sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget [Fundamental nursing. Oslo: Universitetsforlaget.]
- Larsen, I. B., & Larsen (2009). *PhD*: Universitetet i Bergen.
- Lubcke, P. (1983). *Politikens filosofiske leksikon*. København: Politikens Forlag [Politiken's philosophical lexicon. Copenhagen: Politikens Forlag.]
- Malchau, S. (2000). Kaldet. In H. Alvsvåg, & E. Gjengedal (Eds.), *Omsorgstenkning—En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget [The call. In H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Eds.), *Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen*. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Mark, E. (2008). *PhD*: Det humanistiske fakultet. Aalborg Universitet.
- Martinsen, K (1975). *Filosofi og sykepleie Et marxistisk og fenomenologisk bidrag*. Bergen: Filosofisk institutes stensilsérie nr. 34. Universitetet i Bergen [Philosophy and nursing: A Marxist and phenomenological contribution (Philosophical Institute's Stencil Series No. 34). Bergen: University of Bergen.]
- Martinsen, K. (1976). Historie og sykepleie—Momenter til en utdanningsdebatt. *Kontrast*, 7, 430–446. [History and nursing—elements of an educational debate. *Contrast*, 7, 430–446.]
- Martinsen, K. (1977). Nightingale—Ingen opprører bak myten. *Sykepleien*, 18(65), 1022–1025. [Nightingale—no rebel behind the myth. *Nursing*, 18(65), 1022–1025.]
- Martinsen, K. (1978). Det 'kliniske blikk' i medisinen og i sykepleien. *Sykepleien*, 20(66), 1271–1272. [The "clinical gaze" in medicine and in nursing. *Nursing*, 20(66), 1271–1272.]
- Martinsen, K (1979a). Den engelske sanitation—Bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. red. In Ø. Larsen (Ed.), *Synet på sykdom*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo [The English sanitation movement, hygiene and the view of illness. In Ø. Larsen (Ed.), *The view of illness*. Oslo: University of Oslo (Section for medical history).]
- Martinsen, K. (1979b). *Diakonissykepleiens framvekst. Fra vekkelse og kvinneforeninger til moderhus og fattigomsorg Lønnet og ulønnet omsorg. En seminarrapport*. Oslo: NAVF Arbeidsnotat nr. 5/79 [Development of the professional trained Christian nurses. From revival and woman's charitable groups to the mother house and care of the poor. In NAVF's Secretariat for Feminist Research (Ed.), *Paid and unpaid care: A seminar report*. Working paper no. 5/79. Oslo: NAVF.]
- Martinsen, K. (1984). *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser Et omsorgsykke vokser fram 1860–1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli [History of nursing: Frank and engaged deaconesses: A caring profession emerges 1860–1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.]
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag [Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays. Oslo: Tano Forlag.]
- Martinsen, K. (1989a). *Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969*. I K. Martinsen. In *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag [Health policy problems and health policy thinking behind the hospital law of 1969. In K. Martinsen, *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays*. Oslo: Tano Forlag.]
- Martinsen, K. (1989b). *Legers interesse for svangerskapet—En del av den perinatale omsorg. Tidsrommet ca. 1890–1940*. I K. Martinsen. In *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag [The doctor's interest in pregnancy—Part of perinatal care: The period ca. 1890–1940. In K. Martinsen, *Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays*. Oslo: Tano Forlag.]
- Martinsen, K. (1990). *Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie*. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (Eds.), *Grundlagsproblemer i sykepleien. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfunn*. Aarhus: Philosophia [Practice and documentation in practical nursing. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (Eds.), *Foundational problems in nursing: Ethics, theories of science, leadership and society*. Aarhus: Philosophia.]
- Martinsen, K. (1993a). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano [The thoughtful nurse. Oslo: Tano.]
- Martinsen, K. (1993b). *Fra Marx til Løgstrup Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag [From Marx to Løgstrup: On morality, social criticism and sensuousness in nursing. Oslo: Tano Forlag.]
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg Tre dialoger*. Oslo: Tano-Aschehoug [Phenomenology and caring: Three dialogues. Oslo: Tano-Aschehoug.]
- Martinsen, K. (1997a). De etiske fortellinger. *Omsorg*, 1(14), 58–63. [The ethical narratives. *Caring*, 1(14), 58–63.]
- Martinsen, K. (1997b). Etik og kall, kultur og kropp—En dialog med Patricia Benne. In M. Sæther (Ed.), *Sykepleiekonferanse på Nordkalottens tak*. Tromsø: Universitetet i Tromsø [Ethics and vocation, culture and the body—A dialogue with Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Nursing conference on the roof of Nordkalotten*. Tromsø: University of Tromsø.]
- Martinsen, K. (2000a). *Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betragtninger omkring Rikke Nissens "Lærebog i Sygepleje for diakonisser"*. In I. R. Nissen (Ed.), *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk [The loving act and the call. Reflections on Rikke Nissen's textbook of nursing for deaconesses. In R. Nissen, *Textbook of nursing. With afterword by Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Martinsen, K. (2000b). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget [The eye and the call. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Martinsen, K. (2001). *Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretager av menneskets verdighet*. red. In T. Wyller (Ed.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget [The house and the song, the tears and the shame: Space and architecture as caretakers of human dignity. In T. Wyller (Ed.), *Shame. Perspectives on shame, honor and shamelessness in modernity*. Bergen: Fagbokforlaget.]

- Martinsen, K. (2002a). Livsfilosofiske betraktninger. *Diakoninytt*, 3(118), 8–12. [Reflections on the philosophy of life. *Deaconry News*, 3(118), 8–12.]
- Martinsen, K. (2002b). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk [The room's time, the ill person's time, nursing time. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *The meeting between patient and nurse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Martinsen, K. (2002c). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg*, 1(19), 14–22. [Conversation, communication and professionalism in the caring professions. *Caring*, 1(19), 14–22.]
- Martinsen, K. (2003a). Disiplin og rommelighet. In K. Martinsen, & T. Wyller (Eds.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk [Discipline and spaciousness. In K. Martinsen & T. Wyller (Eds.), *Ethics, discipline and refinement: Elizabeth Hagemann's ethics book—new readings*. Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin Historisk-filosofiske essays (2. utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget [Caring, nursing and medicine: Historical-philosophical essays (2nd ed.). Oslo: University Press.]
- Martinsen, K. (2003c). Talens åpenhet og evidens—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sykepleie*, 4(17), 36–46. [The openness of speech and evidence—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, 4(17), 36–46.]
- Martinsen, K. (2004). Skjønn—Språk og distanse—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sykepleie*, 2(18), 50–56. [Discernment—language and distance—dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, 2(18), 50–56.]
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Oslo: Akribi [Dialog, discernment and the evidence. Oslo: Akribi.]
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribi.
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). Å se og å innse—Om ulike former for evidens. Oslo: Akribi [To see and to realize—On various forms of evidence. Oslo: Akribi.]
- Martinsen, K. (2012a). *Løgstrup og sykepleien*. Århus: Klim Forlag [Løgstrup and nursing. Aarhus: Klim.]
- Martinsen, K. (2012b). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribi [Løgstrup and nursing. Oslo: Akribi.]
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1979). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag A/S [Caring without care? Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K., & Wyller, T. (2003). *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk [Ethics, discipline and refinement: Elizabeth Hagemann's ethics book—new readings. Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Mekki, T. E., & Tollefsen, S. (2000). *På terskelen Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribi [On the threshold: Introduction to nursing as discipline and profession. Oslo: Akribi.]
- Nielsen, B. K. (2011). *Sykeplejebogen 3. Teori og metode. 3. utg.* Gads Forlag: København [Nursing textbook 3. Theoretical-methodical basis of clinical nursing. Copenhagen: Gads.]
- Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sykepleie Med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk [Textbook of nursing. With an afterword by Kari Martinsen. Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Olsen, R. H. (1998). *Klok av erfaring? Om sansing og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug [Wise with experience? On sensation and attention, knowledge and reflection in practical nursing. Oslo: Tano Aschehoug.]
- Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg—En lærebog*. København: Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck [Spiritual care—Textbook. Copenhagen: Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck.]
- Solvoll, B. A. (2007). *Omsorgsferdigheter som pedagogisk prosjekt—en feltstudie i sykepleieutdanningen*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet nr. 540 [Caring skills as pedagogical project—A field study in nursing education. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, Doctoral Dissertation No. 540.]
- Thorsen, R., Mæhre, K. S., & Martinsen, K. (2012). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget [Narratives on ethics. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Walstad, P. B. (2006). *Dannelse og Duelighet for livet. Dannelse og yrkesutdanning i den grundtvigske tradisjon*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral dissertations 2006:88. [Education and capability for life. Education and professional training in the Grundtvigian tradition. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Doctoral Dissertation 2006:88.]

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget [Sensation and restraint. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Kjær, T. A., & Martinsen, K. (Eds.). (2015). *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget [Beyond audits. Essays on space and spaciousness. Bergen: Fagbok forlaget.]
- Martinsen, K. (1975). *Filosofi og sykepleie. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag. Filosofisk institutts stensilserie nr. 34*. Universitetet i Bergen [Philosophy and nursing: A Marxist and phenomenological contribution. Philosophical Institute's Stencil Series No. 34. Bergen: University of Bergen.]
- Martinsen, K. (1984). *Sykepleiens historie Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsykke vokser fram 1860–1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli [History of nursing: Frank and engaged deaconesses. A caring profession emerges 1860–1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.]
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag [Caring, nursing and medicine. Historical-philosophical essays. Oslo: Tano Forlag.]
- Martinsen, K. (1993). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano [The thoughtful nurse. Oslo: Tano.]
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup Om moral, samfunnskritikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag

- [From Marx to Løgstrup. On morality, social criticism and sensuousness in nursing. Oslo: Tano Forlag.]
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg Tre dialoger*. Oslo: Tano-Aschehoug [Phenomenology and caring. Three dialogues. Oslo: Tano-Aschehoug.]
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget [The eye and the call. Bergen: Fagbokforlaget.]
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe [Dialog, discernment and evidence. Oslo: Akribe.]
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2008). *Å se og å innse—om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe [To see and to realize—On various forms of evidence. Oslo: Akribe.] (In process with Katie Ericsson.)
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien Løgstrup and nursing*. Århus: KLIM Forlag.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien [Løgstrup and nursing]*. Oslo: Akribe (Akribe).
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1979). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag A/S [Caring without care? Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K., & Wyller, T. (2003). *Etikk, disiplin og dannelselse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk [Ethics, discipline and refinement. Elizabeth Hagemann's ethics book—New readings. Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Thorsen, R., Mæhre, K. S., & Martinsen, K. (2012). *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget [Narratives on ethics. Bergen: Fagbok forlaget.]
- Capítulos de libros**
- Martinsen, K. (1979). Den engelske sanitation-bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. In Ø. Larsen (Ed.), *Synet på sykdom* (pp. 78–87). Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. [The English sanitation movement: Hygiene and the view of illness. In Ø. Larsen (Ed.), *The view of illness* (pp. 78–87). Oslo: University of Oslo, Section for Medical History.]
- Martinsen, K. (1979). Diakonissesykepleiens framvekst. Fra vekkelser og kvinneforeninger til moderhus og fattigomsorg. I NAVF's sekretariat for kvinneforskning (red.), *Lønnet og ulønnet omsorg. En seminarrapport* (Arbeidsnotat nr. 5, s. 135–170). Oslo: NAVF. [Development of the professional trained Christian nurses: From revival and woman's charitable groups to the mother house and care of the poor. In NAVF's Secretariat for Feminist Research (Ed.), *Paid and unpaid care: A seminar report* (Working paper no. 5, pp. 135–170). Oslo: NAVE.]
- Martinsen, K. (1979). Diakonissene. In E. Mehlum (Ed.), *Bak maskinene, under fanene. Utgitt i forbindelse med "Kristiania-utstillingen" om arbeidsfolk i byen for 100 år siden* (pp. 54–56). Oslo: Tiden. [Deaconesses. In E. Mehlum (Ed.), *Behind the machines and the banners* (pp. 54–56). Oslo: Tiden. Published in connection with "The Christiania (Oslo) exhibition" on the condition of workers 100 years ago.]
- Martinsen, K. (1979). Sykepleien i historisk perspektiv: Fra omsorg mot egenomsorg. In M. S. Fagermoen, & R. Nord (Eds.), *Sykepleie: Teori/praksis* (pp. 5–23). Oslo: Norwegian Nursing Association. [Nursing in a historical perspective: From care to self caring. In M. S. Fagermoen & R. Nord (Eds.), *Nursing: Theory/practice* (pp. 5–23). Oslo: Norwegian Nursing Association.]
- Martinsen, K. (1981). Diakonisser. (red.). In H. F. Dahl, J. Elster, & I. Iversen m.fl. (Eds.), *Pax leksikon* (pp. 89–90). Oslo: Pax Forlag. s.[Deaconesses. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 89–90). Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K. (1981). Guldberg, Cathinka. In H. F. Dahl, J. Elster, & I. Iversen (Eds.), *Pax leksikon* (pp. 553–554). Oslo: Pax forlag. [Guldberg, Cathinka. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 553–554). Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K. (1981). Nightingale, Florence. In H. F. Dahl, J. Elster, & I. Iversen (Eds.), *Pax leksikon* (pp. 448–449). Oslo: Pax Forlag. [Nightingale, Florence. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 448–449)]
- Martinsen, K. (1981). Sykepleier. In H. F. Dahl, J. Elster, & I. Iversen (Eds.), *Pax leksikon* (pp. 179–180). Oslo: Pax forlag. [Nurse. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 179–180). Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K. (1981). Sykepleieraksjonen 1972. In H. F. Dahl, J. Elster, & I. Iversen (Eds.), *Pax leksikon* (pp. 180–181). Oslo: Pax forlag. [Nurses on strike 1972. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 180–181). Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K. (1981). Sykepleierforbund, Norsk (NSF). In H. F. Dahl, J. Elster, & I. Iversen (Eds.), *Pax leksikon* (pp. 181–183). Oslo: Pax forlag. [Nursing association. In H. F. Dahl, J. Elster, I. Iversen, et al. (Eds.), *Pax lexicon* (pp. 181–183). Oslo: Pax Forlag.]
- Martinsen, K. (1985). Organisering av omsorg: diakonisser i Norge. In J. Bjørgum, K. Gundersen, S. Lie, & K. Vogt (Eds.), *Kvinnenes kulturhistorie* (pp. 131–134). Oslo: Universitetsforlaget. [Organization of care: Deaconesses in Norway. In J. Bjørgum, K. Gundersen, S. Lie, & K. Vogt (Eds.), *Woman's cultural history* (pp. 131–134). Oslo: Universitetsforlaget.]
- Martinsen, K. (1986). Sykepleierne—Helsemisjonærer, oppdragere og profesjonelle yrkeskvinner. In I. Fredriksen, & H. Rømer (Eds.), *Kvinder, Mentalitet og arbejde. Kvindehistorisk forskning i Norden* (pp. 151–156). Aarhus: Aarhus universitetsforlag. [Nurses—health missionaries, educators and professional working women. In I. Fredriksen & H. Rømer (Eds.), *Woman, mentality and work: Research on feminist history in Nordic countries* (pp. 151–156). Aarhus: Aarhus universitetsforlag.]
- Martinsen, K. (1987). Ledelse og omsorgsrasjonalitet—Gir patriarkatbegrepet innsikt? I NAVF's sekretariat for kvinneforskning (red.). In *Kjønn og makt: teoretiske perspektiver*. Oslo: NAVE (s. 18–26). Arbeidsnotat nr. 2 [Leadership and rationality of care—does the concept of patriarchy yield insight? In *Gender and power: Theoretical perspectives* (Working paper no. 2, pp. 18–26). Oslo: NAVE.]
- Martinsen, K. (1989). Omsorg i sykepleien—En moralsk utfordring. In B. Persson, J. Petersen, & R. Truelsen (Eds.), *Fokus på sykepleien-90* (pp. 181–200). København: Munksgaard. [Caring in nursing—a moral challenge. In

- B. Persson, J. Petersen, & R. Truelsen (Eds.), *Focus on Nursing—90* (pp. 181–200). Copenhagen: Munksgaard.]
- Martinsen, K. (1990). *Fra resultater til situasjoner: Omsorg, makt og solidaritet. I Samkvind (Center for samfundsvidenskabelig kvindeforskning)*. In *Kvinder og kommuner i Norden* (pp. 61–82). København: Samkvind. s.[From results to situations: Care, power and solidarity. In Samkvind (Center for Feminist Research), *Woman and municipals in Nordic countries* (pp. 61–82). Copenhagen: Samkvind.]
- Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim (Eds.), *Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse & samfunn* (pp. 60–84). Aarhus: Philosophia. [Moral practice and documentation in practical nursing. In T. Jensen, L. U. Jensen, & W. C. Kim, *Foundational problems in nursing: Ethics, theories of science, leadership and society* (pp. 60–84). Aarhus: Philosophia.]
- Martinsen, K. (1993). Etik og diakoni. In P. Frølich, J. Midtbø, & A. Tang (Eds.), *Bergen Diakonissehjem 75 år* (pp. 22–26). Bergen: Bergen Diakonissehjem. [Ethics and Diaconi. In P. Frølich, J. Midtbø, & A. Tang, *Bergen Diakonissehjem 75 years* (pp. 22–26). Bergen: Bergen Diakonissehjem.]
- Martinsen, K. (1993). Omsorgens filosofi og dens praksis. In H. M. Dahl (Ed.), *Omsorg og kjærlighet i velfærdsstaten (Samfundsvidenskabelig kvindeforskning/Cekvina)* (pp. 7–23). Århus: Universitetet i Århus. [Caring philosophy and its practice. In H. M. Dahl (Ed.), *Care and love in the welfare state* (Social scientifically woman studies, pp. 7–23). Århus: The University of Århus.]
- Martinsen, K. (1995). Omsorgsfeltet i den kliniske sykepleje. In I. Andersen, & M. G. Erikstrup (Eds.), *Statens sundhedsvidenskabelige forskningsråds sygeplejeforskningsinitiativ. Betydning for sygeplejekspraksis* (pp. 31–43). Århus: Århus Universitet. [Area for care in clinical nursing. In I. Andersen & M. G. Erikstrup (Eds.), *The state's initiative in nursing science. The significance for nursing practice* (pp. 31–43). Århus: Århus University.]
- Martinsen, K. (1997). Etik og kall, kultur og kropp—En dialog med Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Sykepleiekonferanse på Nordkalottens tak* (pp. 111–157). Tromsø: Universitetet i Tromsø. [Ethics and vocation, culture and the body—A dialogue with Patricia Benner. In M. Sæther (Ed.), *Nursing conference on the roof of Nordkalotten* (pp. 111–157). Tromsø: University of Tromsø.]
- Martinsen, K. (1999). Etikken og kulturen, og kroppens sårbarhet. In K. Christensen, & L. J. Syltevik (Eds.), *Omsorgens forvitring? En antologi om utfordringer i velfærdsstaten—Tilegnet Kari Wærness* (pp. 241–269). Bergen: Fagbokforlaget. [Ethics and culture, and vulnerability of the body. In K. Christensen & L. J. Syltevik (Eds.), *Weathering of caring? An anthology about challenges in the welfare state—dedicated to Kari Wærness* (pp. 241–269). Bergen: Fagbokforlaget.]
- Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjerningen og kallet. Betrakninger omkring Rikke Nissens “Lærebog i Sygepleje for diakonier.” In R. Nissen (Ed.), *Lærebog i Sygepleie. Med etterord av Kari Martinsen* (pp. 245–300). Oslo: Gyldendal Akademisk. [The loving act and the call. Reflections on Rikke Nissen's *Textbook of nursing for deaconesses*. In R. Nissen, *Textbook of nursing. With afterword by Kari Martinsen* (pp. 245–300). Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretagere av menneskets verdighet. In T. Wyller (Ed.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (pp. 167–190). Bergen: Fagbokforlaget. [The house and the song, the tears and the shame: Space and architecture as caretakers of human dignity. In T. Wyller (Ed.), *Shame: Perspectives on shame, honor and shamelessness in modernity* (pp. 167–190). Bergen: Fagbokforlaget.]
- Martinsen, K. (2002). Rikke Nissen. Kjærlighetsgjerningen og sykestuen. In R. Birkelund (Ed.), *Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sygeplejens historie* (pp. 305–328). København: Munksgaard forlag. [The loving act and the room for the sick. In R. Birkelund (Ed.), *Care, vocation and love in action and the sick-room. Persons and ideas in nursing history* (pp. 305–328). Copenhagen: Munksgaard.]
- Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (pp. 250–271). Oslo: Gyldendal Akademisk. [The room's time, the ill person's time, nursing time. In I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Eds.), *The meeting between patient and nurse* (pp. 250–271). Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Martinsen, K. (2003). Disiplin og rommelighet. In K. Martinsen, & T. Wyller (Eds.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok—Nye lesinger* (pp. 51–85). Oslo: Gyldendal Akademisk. [Discipline and spaciousness. In K. Martinsen & T. Wyller (Eds.), *Ethics, discipline and refinement. Elisabeth Hagemann's ethics book—New readings* (pp. 51–85). Oslo: Gyldendal Akademisk.]
- Martinsen, K. (2005). Å bo på sykehuset og erfare arkitektur. In K. Larsen (Ed.), *Arkitektur, kropp og læring*. København: Reitzels forlag [To dwell in hospitals and experience architecture. In K. Larsen (Ed.), *Architecture, body and learning*. Copenhagen: Reitzels forlag.]
- Martinsen, K. (2005). Sårbarheten og omveiene. Løgstrup og sykepleien. In D. Bugge, P. Bøvadt, & P. Sørensen (Eds.), *Løgstrups mange ansikter* (pp. 255–270). Fredriksberg: Anis. [Vulnerability and detours. Løgstrup and nursing. In D. Bugge, P. Bøvadt, & P. Sørensen (Eds.), *Løgstrup's many faces* (pp. 255–270). Fredriksberg: Anis.]
- Martinsen, K. (2007). Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. In H. Alvsvåg, & O. Førland (Eds.), *Engasjement og læring* (pp. 315–344). Oslo: Akribe. [Do you concern me? Ethical demand and disciplined goodness. In H. Alvsvåg & O. Førland (Eds.), *Commitment and learning* (pp. 315–344). Oslo: Akribe.]
- Martinsen, K., Beedholm, K., & Fredriksen, K. (2007). Metadebatten der forsvandt. In K. Fredriksen, K. Lomborg, & U. Zeitler (Eds.), *Perspektiver på forskning* (pp. 43–55). Århus: JCVU utviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen. [The Meta debate that disappeared. In K. Fredriksen, K. Lomborg, & U. Zeitler (Eds.), *Perspectives on research*

- (pp. 43–55). Århus: JCVU udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen.]
- Martinsen, K. (2008). Modernitet, avtrylling og skam. En måte å lese vestens medisin på i det moderne. In K. A. Petersen, & M. Høyen (Eds.), *At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bordieu—æresbog til Staf Callewaert*. <http://Forlag@hexis.dk> [Modernity, disenchantment and shame. A way of reading Western medicine in the modern. In K. A. Petersen & M. Høyen (Eds.), *Leaving a trail on the way from Aquinas to Bordieu—Honorary volume for Staf Callewaert*. Forlag@hexis.dk.]
- Martinsen, K. (2012). Skammens to sider [The two faces of shame]. In R. Thorsen, K. S. Mæhre, & K. Martinsen (Eds.), *Fortellinger om etikk*. Bergen: Fagbokforlaget [The two faces of shame. In R. Thorsen, K. S. Mæhre, & K. Martinsen (Eds.), *Narratives on ethics*. Bergen: Fagbok forlaget.]
- Martinsen, K. (2012). Etikk i sykepleien—mellom spontanitet og ettertanke. In M. Pahuus, & P. K. Telleus (Eds.), *Antologi—Anvendt etikk—problemer og arbeidsområder*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag [Ethics in Nursing—between spontaneity and reflection. In M. Pahuus & P. K. Telleus (Eds.), *Anthology—Applied ethics—Problems and areas of application*. Aalborg: Aalborg University Press.]
- Martinsen, K. (2014). «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. In H. Alsvåg, O. Førland, & F. Jacobsen (Eds.), *Rom for omsorg?* (pp. 225–245). Bergen: Fagbokforlaget. [“Do you want something of me?” On vulnerability and busyness in the health care rooms. In H. Alsvåg, O. Førland, & F. Jacobsen (Eds.), *Room for caring?* (pp. 225–245). Bergen: Fagbok forlaget.]
- Artículos de revistas**
- Alsvåg, H., & Martinsen, K. (2018). *Omsorg og skjønn*. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(03), 215–222 [Care and discernment judgement. *Journal for Caring Science*, 4(03), 215–222.]
- Eriksson, K., & Martinsen, K. (2012). The hidden and forgotten evidence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 625–626.
- Martinsen, K. (1982). Diakonissene—De første faglærte sykepleiere. *Sykepleien*, 7(70), 6–9. [The deaconesses—The first professionally trained nurses. *Nursing*, 7(70), 6–9.]
- Martinsen, K. (1985). Kallsarbeidere og yrkeskvinner: Diakonissene—Våre første sykepleiere. *Forskningsnytt, temanummer: Kvinner og arbeid*, 1, 18–23. [Women with a calling and a profession: The deaconesses—Our first nurses. *News in Science*, 1, 18–23.]
- Martinsen, K. (1985). Sykepleiertradisjonen—Et nødvendig korrektiv til dagens sykepleieforskning. *Sykepleien*, 15(73), 6–14. [The nursing tradition—a necessary corrective to today's nursing science. *Nursing*, 15(73), 6–14.]
- Martinsen, K. (1986). Omsorg og profesjonalisering—Med fagutviklingen i sykepleien som eksempel. *Nytt om kvinneforskning*, 2(10), 21–32. [Care and professionalism—An example from the development in nursing. *News in Woman Science*, 2(10), 21–32.]
- Martinsen, K. (1987). Arbeidsdeling—Kjønn og makt. *Sykepleien*, 1(74), 18–23. [Division of labor—Gender and power. *Nursing*, 1(74), 18–23.]
- Martinsen, K. (1987). Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969. *Historisk tidsskrift*, 3(66), 357–372. [Health policy problems and health policy thinking underlying the new hospital law. *History*, 3(66), 357–372.]
- Martinsen, K. (1987). Legers interesse for svangerskapet—En del av den perinatale omsorg. *Tidsrommet ca. 1890–1940*. *Historisk tidsskrift*, 3(66), 373–390. [Doctors' interests in pregnancy—A part of perinatal care. *History*, 3(66), 373–390.]
- Martinsen, K. (1987). Norsk Sykepleierskeforbund på barriaden for utdanning fra første stund. *Sykepleien*, 3(74), 6–12. [The Norwegian Nursing Association on the barricades from day one. *Nursing*, 3(74), 6–12.]
- Martinsen, K. (1988). Ansvar og solidaritet. En moralfilosofisk og sosialpolitisk forståelse av omsorg. *Sykepleien*, 12(75), 17–21. [Responsibility and solidarity. A moral-philosophical and sociopolitical understanding of caring. *Nursing*, 12(75), 17–21.]
- Martinsen, K. (1988). Etikk og omsorgsmoral. *Sykepleien*, 13(75), 16–20. [Ethics and the moral practice of caring. *Nursing*, 13(75), 16–20.]
- Martinsen, K. (1991). Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. *Sykepleien*, 2(78), 2–11. 29. [Caring and power, word and body in nursing profession. *Nursing*, 2(78), 2–11, 29.]
- Martinsen, K. (1991). Under kjærlig forskning. Fenomenologiens åpning for den levde erfaring i sykepleien. *Perspektiv—Sygeplejersken*, 36(91), 4–15. [Compassionate research. Phenomenology opening up for lived experience in nursing. *Perspective—Nursing* (Danish), 36(91), 4–15.]
- Martinsen, K. (1993). Grunnforskning—Trost og troløs forskning—Noen fenomenologiske overveielser. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 1(9), 7–28. [Basic research—Faithful and faithless research—Some phenomenological considerations. *Nursing Research* (Danish), 1(9), 7–28.]
- Martinsen, K. (1997). De etiske fortellinger. *Omsorg*, 1(14), 58–63. [The ethical narratives. *Caring*, 1(14), 58–63.]
- Martinsen, K. (1997). Kallet—Kan vi være det foruten? *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, 2(13), 9–41. [The vocation—Can we do without it? *Nursing Science*, 2(13), 9–41.]
- Martinsen, K. (1998). Det fremmede og vedkommende (I). *Klinisk Sygepleje*, 1(12), 13–19. [Strangeness and relevance (I). *Clinical Nursing*, 1(12), 13–19.]
- Martinsen, K. (1998). Det fremmede og vedkommende (II). *Klinisk Sygepleje*, 1–2(12), 78–84. [Strangeness and relevance (II). *Clinical Nursing*, 2(12), 78–84.]
- Martinsen, K. (2001). Er det mørketid for filosofien? Et svar til Marit Kirkevold. *Tidsskrift for sygeplejeforskning (dansk)*, 1(17), 19–23. [Is philosophy in shadow? A reply to Marit Kirkevold. *Nursing Science* (Danish), 1(17), 19–23.]
- Martinsen, K. (2002). *Livsfilosofiske betraktninger*. I *Diakoninytt*, 3(118), 8–12 [Reflections on the philosophy of life. *Deaconry News*, 3(118), 8–12.]
- Martinsen, K. (2002). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsykene. *Omsorg*, 1(19), 14–22. [Conversation, communication and professionalism in the caring professions. *Caring*, 1(19), 14–22.]

- Martinsen, K. (2003). Talens åpenhet og evidens—Dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*, 4(17), 3–46. [The openness of speech and evidence—Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, 4(17), 36–46.]
- Martinsen, K. (2004). Skjønn—Språk og distanse: dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*, 2(18), 50–56. [Discernment—Language and distance: Dialogue with Jens Bydam. *Clinical Nursing*, 2(18), 50–56.]
- Martinsen, K. (2008). Innfallet—og dets betydning i liv og arbeid. Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og måter å vise seg på. *Klinisk Sygepleje*(22), 1. [The Innfall (impulse)—and its significance in life and work. Metaphysically inspired reflections on the nature of the Innfall and its ways of showing itself. *Clinical Nursing*, 1(22).]
- Martinsen, K. (2012). Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk Sygepleje*, 2(26), 30–37. [Philosophy and narratives of vulnerability. *Clinical Nursing*, 2(26), 30–37.]
- Martinsen, K. (2013). Stedet. *Omsorg*, 4(30), 61–67. [The Place, *Caring*, 4(30), 61–67.]
- Martinsen, K. (2015). Sykeværelset—sett fra sengen. *Klinisk Sygepleje*, 4(29), 4–19. [The patient's room—seen from the bed. *Clinical Nursing*, 4(29), 4–19.]
- Martinsen, K. (2016). The articulation of impressions. An interview with Kari Martinsen. Interviewed by Christine Øye and Tone Elin Mekki, translated by Hilde Haaland-Kramer. *International Practice Development Journal*, 6(1), 1–6.
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1976). Sykepleierrollen—En undertrykt kvinneverole i helsesektoren (I). *Sykepleien*, 4(64), 220–224. [The nursing role—An oppressed female role in National Health Service. *Nursing*, 4(64), 220–224.]
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1976). Sykepleierrollen—En undertrykt kvinneverole i helsesektoren (II). *Sykepleien*, 5(64), 274–275. 281–282. [The nursing role—An oppressed female role in National Health Service. *Nursing*, 5(64), 274–275, 281–282.]
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1980). Klientomsorg og profesjonalisering. *Sykepleien*, 4(68), 12–14. [Client care and the professionalization. *Nursing*, 4(68), 12–14.]
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke—hva da?. *Fysioterapeuten*, 12, 23–28. [If not body, not psyche—what then? *The Physiotherapist*, 12, 23–28.]
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: Narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 609–624.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2009). Å komme til seg selv—i bevegelse, sansing og forståelse. *Matrix*, 2, 257–275. [Coming to one's senses—In moving, sensing, understanding. *Matrix*, 2, 257–275.]
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2010). Språk—uttrykk for inntrykk. *Matrix*, 2, 132–156. [Language—Expressing impressions. *Matrix*, 2, 132–156.]
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation—Moved by respiration. Embodied narrative identity—A treatment process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811–819.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: A case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 363–374.

Fuentes secundarias

- Alvsvåg, H., Bergland, Å., & Førland, O. (2013). *Nødvendige omveier En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk [Necessary De tours. A scientific anthology for Kari Martinsen on her 70th birthday. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.]
- Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget [Caring thought: An introduction to the writings of Kari Martinsen. Bergen: Fagbok forlaget.]
- Forss, A., Ceci, C., & Drummond, J. S. (2013). *Philosophy of nursing. 5 Questions*. Copenhagen: Automatic Press/VIP.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie [History of nursing]*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mekki, T. E., & Tollefsen, S. (2000). *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe [On the threshold: An introduction to nursing as discipline and profession. Oslo: Akribe.]
- Olsen, R. (1998). *Klok av erfaring? Om sansing og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug [Wise with experience? On sensation and attention, knowledge and reflection in practical nursing. Oslo: Tano Aschehoug.]
- Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg—En lærebog. Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nytt lys*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck [Spiritual care—A textbook. Kari Martinsen, Katie Eriksson and Joyce Travelbee in a new light. Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.]



Katie Eriksson
(1943-2019)

Katie Eriksson: teoría del cuidado caritativo

*Lisbet Lindholm Nyström, Unni Å. Lindström,
Joan E. Zetterlund, Martha Raile Alligood*

«El cuidado caritativo significa que utilizamos la caritas cuando cuidamos al ser humano en la salud y en el sufrimiento. El cuidado caritativo es una manifestación del amor que “simplemente existe”... La comunión asistencial, el verdadero cuidado, se produce cuando el que cuida con espíritu de caritas alivia el sufrimiento del paciente.»

(Eriksson, 1992c, pp. 204, 207)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Katie Eriksson fue una pionera de la ciencia asistencial en los países nórdicos. Al iniciar su carrera hace 30 años, abrió el camino para una nueva ciencia. Quienes han seguido su trabajo y progresos en Finlandia observaron su capacidad para entender la asistencia como una disciplina y dar a conocer los puntos más abstractos.

Eriksson nació el 18 de noviembre de 1943 en Jakobstad, Finlandia, y falleció el 30 de agosto de 2019. Pertenecía a la minoría finoesueca del país y su lengua materna era el sueco. En 1965 se graduó en la Helsinki Swedish School of Nursing, y en 1967 concluyó allí su formación en la especialidad de Enfermería de Salud Pública. En 1970 se graduó en el programa de formación de profesoras de enfermería en la Helsinki Finnish School of Nursing. Continuó sus estudios académicos en la University of Helsinki, donde obtuvo el grado en Filosofía en 1974 y la licenciatura en 1976; en 1982 defendió su tesis doctoral en pedagogía (*The Patient Care Process—An Approach to Curriculum Construction Within Nursing Education: The Development of a Model for the Patient Care Process and an Approach for Curriculum Development Based on the Process of Patient Care*) (Eriksson, 1974, 1976, 1981). En 1984 fue nombrada docente de la ciencia del cuidado (a tiempo parcial) en la University of Kuopio, el primer centro de este tipo en los países escandinavos. En 1992 fue nombrada profesora de Ciencias del Cuidado en la Åbo Akademi University. Entre 1993 y 1999 trabajó como profesora de Ciencias del Cuidado

en la Facultad de Medicina de la University of Helsinki, donde fue docente entre 2001 y 2019. Desde 1996 trabajó como directora de Enfermería en el Helsinki University Central Hospital, con responsabilidades en la investigación y el desarrollo de la ciencia del cuidado en relación con su cátedra en la Åbo Akademi University.

Su principal área de trabajo la llevó a cabo en la docencia y la investigación. Desde los años setenta, Eriksson ha profundizado de forma sistemática en su pensamiento sobre la asistencia, en parte a través de un modelo ideal de cuidados que ha constituido la base de la denominada teoría del cuidado caritativo, y en parte a través del desarrollo de una ciencia del cuidado autónomo y con una orientación humanista. Eriksson, una de las pocas investigadoras en ciencia del cuidado de los países escandinavos, fue una precursora de la investigación básica en ciencias del cuidado.

La carrera científica y la experiencia profesional de Eriksson comprenden dos periodos: los años 1970-1986 en la Helsinki Swedish School of Nursing, y el periodo a partir de 1986, cuando fundó el Departamento de Ciencia del Cuidado en la Åbo Akademi University, del que fue directora.

En 1972, después de dar clases durante 2 años en la unidad de formación en enfermería de la Helsinki Swedish School of Nursing, Eriksson fue designada para iniciar y desarrollar un programa formativo para preparar a los formadores en enfermería de esa institución. En Finlandia no existía un programa de este tipo impartido en sueco. Este programa contó con la colaboración de la University of Helsinki y representó el inicio de la enseñanza científica de la enfermería. Bajo la dirección de Eriksson, la Helsinki Swedish School of Nursing desarrolló uno de los principales programas educativos sobre ciencia del

Este capítulo está afectuosamente dedicado a la memoria de Katie Eriksson (1943-2019).

cuidado y enfermería, que fue el precursor de la formación basada en la ciencia del cuidado y de la integración de la investigación con la formación. Eriksson se encargó del programa durante 2 años, hasta que en 1974 fue nombrada decana de esta misma escuela. Siguió como decana hasta 1986, año en que fue designada para iniciar la formación y la investigación en la Åbo Akademi University.

A finales de la década de 1980, la ciencia de la enfermería se convirtió en una asignatura universitaria en Finlandia, y se crearon cátedras en cuatro universidades finlandesas y en la Åbo Akademi University, la universidad finosueca. En 1986 se encargó a Eriksson que diseñase un programa formativo y de investigación sobre enfermería científica en la Facultad de Educación de la Åbo Akademi University en Vaasa, Finlandia. El programa formativo para la asistencia sanitaria plenamente desarrollado con tres opciones dirigidas y un programa de investigación sobre la ciencia del cuidado pasó a denominarse Departamento de Ciencia del Cuidado en 1987. Este departamento funcionó de modo autónomo en la Facultad de Educación de la Åbo Akademi University hasta 1992, año en que fundó la nueva Facultad de Ciencias Sociales y del Cuidado. Eriksson desarrolló una formación académica para grados de máster y doctorado en ciencias del cuidado. El programa doctoral comenzó en 1987 bajo la dirección de Eriksson, y desde entonces se han publicado muchas tesis doctorales.

Con su personal e investigadores, Eriksson siguió desarrollando la teoría del cuidado caritativo y la ciencia del cuidado como disciplina académica puntera en los países nórdicos. Además de su trabajo en docencia, investigación y supervisión, Eriksson fue decana del Departamento de Ciencia del Cuidado, y una de sus principales tareas fue establecer contactos con miembros de los países escandinavos y de otros países del mundo.

Eriksson fue una oradora invitada muy popular y destacada en Finlandia, en los países nórdicos y en varios congresos internacionales. En 1977 fue invitada como oradora en el Symposium of Medical and Nursing Education en Estambul (Turquía); en 1978 participó en la fundación para la formación de docentes médicos en Reikiavik (Islandia); en 1982 presentó su modelo didáctico de atención enfermera en la First Open Conference of the Workgroup of European Nurse-Researchers en Uppsala, Suecia; asimismo, durante varios años, participó en la formación de pregrado y posgrado de enfermeras en el Statens Utdanningscenter for Helsepersonell en Oslo, Noruega. En 1988 impartió un curso titulado «Basic Research in Nursing Care Science» en la Universidad de Bergen (Noruega), así como otro curso llamado «Nursing Care Science's Theory of Science and Research» en la Umeå University en Suecia. También trabajó como consultora en numerosos centros formativos suecos; dio clases en la Nordiska Hälsovårdsskolan en Gotemburgo (Suecia). En 1991, fue oradora invitada en la 13th International Association for Human Caring (IAHC) en Rochester, Nueva York; en 1992, presentó su teoría en la 14th IAHC Conference en Melbourne, Australia, y en 1993, participó como oradora principal en la

15th IAHC Conference, Caring as Healing: Renewal Through Hope, en Portland, Oregón (Eriksson, 1994b).

Eriksson fue una de las ponentes principales de los congresos anuales para gestores de enfermería y, desde 1996, de los simposios anuales de la ciencia del cuidado en Helsinki (Finlandia). En diálogos públicos con Kari Martinsen de Noruega, Eriksson discutió cuestiones básicas sobre el cuidado y la ciencia del cuidado, algunas de las cuales han sido publicadas (Martinsen, 1996; Martinsen y Eriksson, 2009).

Eriksson dirigió muchos simposios: en 1975, el Nordic Symposium about the Nursing Care Process (el primer simposio nórdico sobre ciencia del cuidado en enfermería celebrado en Finlandia); en 1982, el Symposium in Basic Research in Nursing Care Science; en 1985, el Nordic Symposium in Nursing Care Science; en 1989, el Nordic Humanistic Caring Symposium; en 1991, el Nordic Caring Science Conference, «Caritas & Passio» en Vaasa, Finlandia, y en 1993, la Nordic Caring Science Conference, «To Care or Not to Care—The Key Question» en Vaasa, Finlandia.

La teoría del cuidado caritativo de Eriksson atrajo una mayor atención internacional en 1997, cuando la IAHC organizó por primera vez su conferencia en un país europeo. El Departamento de Ciencia del Cuidado actuó como anfitrión de esta conferencia, que se celebró en Helsinki (Finlandia) con el título de «Human Caring: The Primacy of Love and Existential Suffering».

Eriksson fue miembro de comités editoriales de revistas internacionales de enfermería y ciencias del cuidado. Fue invitada a numerosas universidades finlandesas y de otros países escandinavos como miembro de tribunales de evaluación de tesis doctorales, y como consultora experta en su campo. No fue tan solo asesora de sus estudiantes de Investigación, sino que también actuó como supervisora de los estudiantes que investigan en la University of Kuopio y en la University of Helsinki, donde fue profesora asociada. Eriksson también trabajó como presidenta de la Nordic Academy of Caring Science desde 1999 hasta 2002.

Eriksson elaboró una extensa lista de libros de texto, informes científicos, artículos de revistas profesionales y documentos breves. Inició sus publicaciones en los años setenta y comprenden cerca de 400 títulos. Algunas de sus publicaciones han sido traducidas a otros idiomas, sobre todo al finlandés. *Vårdandets Idé (El concepto del cuidado)* se ha publicado en braille. Su primera traducción al inglés, *The Suffering Human Being (Den Lidande Människan)*, fue publicada en 2006 por Nordic Studies Press en Chicago.

Recibió numerosos premios y distinciones por su trayectoria profesional y sus logros académicos. En 1975, fue propuesta para recibir el Premio 3M-International Council of Nurses (ICN) Nursing Fellowship; en 1987, recibió la medalla Sophie Mannerheim de la Asociación Sueca de Enfermería y en 1998, recibió la Caring Science Gold Mark por su labor docente en enfermería en el Helsinki University Central Hospital y fue distinguida con un doctorado *honoris causa* en Salud Pública por la Escuela Nórdica de Salud Pública de

Gotemburgo (Suecia). También ha recibido otros premios, como la Medalla Åland Islands (2001) por su actividad científica y la Medalla Topelius (2003), instituida por la Åbo Akademi University, por sus excelentes investigaciones. Asimismo, en 2003 recibió la distinción de Caballero de Primera Clase de la Orden Finlandesa de la Rosa Blanca.

FUENTES TEÓRICAS

Desde la década de 1970, los pensamientos principales de Eriksson habían sido no solo desarrollar la esencia del cuidado, sino también desarrollar la ciencia del cuidado como una disciplina independiente (Eriksson, 1988). Desde el principio, Eriksson se remontó a clásicos griegos como Platón, Sócrates y Aristóteles en busca de inspiración para el desarrollo tanto de la sustancia como de la disciplina de la ciencia del cuidado (Eriksson, 1987b). A partir de su idea básica de la ciencia del cuidado como ciencia humanista, desarrolló una metateoría a la que se refiere como «la teoría científica de la ciencia del cuidado» (Eriksson, 1988, 2001).

Al desarrollar la ciencia del cuidado como disciplina académica, las fuentes de inspiración más importantes de Eriksson, además de Platón y Aristóteles, fueron el teólogo sueco Anders Nygren (1972) y Hans-Georg Gadamer (1994). Nygren y, posteriormente, Tage Kurtén (1987) le proporcionaron apoyo para su división de la ciencia del cuidado en sistemática y clínica. Eriksson introdujo los conceptos de Nygren de investigación del motivo, contexto del significado y motivo básico, que proporcionaron una estructura a la disciplina. El objetivo de la investigación del motivo es encontrar el contexto esencial, la idea principal del cuidado. La investigación de los motivos aplicada a la ciencia del cuidado muestra las características del cuidado (Eriksson, 1992c).

Para Eriksson, el motivo básico de la ciencia del cuidado y del cuidado mismo fue la *caritas*, que constituye la idea principal y cohesiona los distintos elementos. La caridad otorga un carácter peculiar tanto a la sustancia como a la disciplina de la ciencia del cuidado. En el desarrollo del motivo básico, son también fuentes importantes San Agustín (1957) y Søren Kierkegaard (1843/1943). En el desarrollo posterior de la disciplina, el pensamiento de Eriksson se vio influido por fuentes como Thomas Kuhn (1971) y Karl Popper (1997), y más tarde por la filósofa estadounidense Susan Langer (1942) y los filósofos finlandeses Eino Kaila (1939) y Georg von Wright (1986), todos los cuales apoyan la idea de que la ciencia humana no puede existir sin valores.

Durante muchos años, Eriksson colaboró con Håkan Törnebohm (1978), titular de la primera cátedra nórdica de teoría de la ciencia en la Universidad de Gotemburgo (Suecia). La investigación de Törnebohm y el desarrollo de paradigmas relacionados con diversas culturas científicas inspiraron a Eriksson (Eriksson, 1989; Lindström, 1992).

La idea de que los conceptos tienen tanto significado como sustancia ocupó un lugar destacado en la obra científica de

Eriksson. Esto se manifiesta a través de un análisis sistemático de los conceptos fundamentales con la ayuda de un método de análisis semántico arraigado en la idea de la hermenéutica, desarrollado por el profesor Peep Koort (1975). Koort, mentor de Eriksson, ha sido sin lugar a dudas la fuente de inspiración más importante de su trabajo conceptual científico. Trabajando en el fundamento de su metodología, Eriksson ha elaborado posteriormente un modelo de desarrollo conceptual que ha sido importante para numerosos investigadores en su trabajo científico.

En su formulación de la ética del cuidado basada en la *caritas*, que Eriksson concibió como una ética ontológica, la idea de Emmanuel Lévinas (1988) de que la ética precede a la ontología fue un principio rector. Eriksson estaba especialmente de acuerdo con el pensamiento de Lévinas sobre que la llamada a servir precede al diálogo, que la ética es siempre lo más importante en las relaciones con otros seres humanos. La sustancia fundamental de la ética (*caritas*, amor y caridad) se apoya en las ideas de Aristóteles (1993), Nygren (1972), Kierkegaard (1843/1943) y San Agustín (1957). En la formulación de la ética caritativa, Eriksson se ha inspirado en las ideas de Kierkegaard sobre que la parte más íntima del espíritu de un ser humano es una síntesis de lo eterno y de lo temporal, y que actuar éticamente es querer de modo absoluto o querer lo eterno (Kierkegaard, 1843/1943). Subrayó la importancia del conocimiento de la historia de las ideas para la conservación del conjunto de la cultura espiritual y encontró apoyo para ello en Nikolaj Berdâev (1990), filósofo e historiador ruso. Al intensificar la concepción básica del ser humano como cuerpo, alma y espíritu, Eriksson mantuvo un interesante diálogo con varios teólogos, como Gustaf Wingren (1996), Antonio Barbosa da Silva (1993) y Tage Kurtén (1987), al tiempo que desarrollaba la subdisciplina que denominó *teología del cuidado*. Quizás el rasgo más destacado del pensamiento de Eriksson fue su clara formulación de los supuestos ontológicos, epistemológicos y éticos básicos en relación con la disciplina de la ciencia del cuidado.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Desde el principio del desarrollo de su teoría, Eriksson la estableció en el empirismo empleando sistemáticamente un enfoque hermenéutico e hipotético deductivo. De acuerdo con un modo de pensar hermenéutico y de ciencia humana, Eriksson desarrolló un concepto de evidencia basado en la ciencia del cuidado (Eriksson et al., 1999). Como argumento principal, Eriksson señalaba que el concepto de evidencia en ciencias naturales es demasiado limitado para llegar a entender completamente la compleja realidad asistencial. Su concepto de evidencia procede del concepto de verdad de Gadamer (Gadamer, 1994), que comprende la verdad, la belleza y el bien. De acuerdo con Gadamer, Eriksson señala que la evidencia no puede relacionarse únicamente con un método y con datos empíricos. La evidencia en una perspectiva de ciencia humana contiene dos

aspectos: uno conceptual, lógico, que ella llama *ontológico*, y otro empírico, cada uno de los cuales presupone el otro. El concepto de evidencia desarrollado por Eriksson ha demostrado ser empíricamente evidente cuando se puso a prueba en dos estudios empíricos exhaustivos en los que se trataba de desarrollar culturas asistenciales basadas en la evidencia en siete unidades asistenciales del distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa (Eriksson y Nordman, 2004). Un desarrollo posterior de la evidencia dio lugar al concepto de la evidencia científica y a la teoría del cuidado (Martinsen y Eriksson, 2009).

Eriksson desarrolló inicialmente un modelo de proceso asistencial de enfermería (Eriksson, 1974), que más tarde, en su tesis doctoral (1981), se formuló como teoría. Desde entonces, Eriksson profundizó paso a paso en la comprensión conceptual y lógica de los conceptos básicos y de los fenómenos que han surgido de su teoría. Comprobó su validez en

contextos empíricos, donde los conceptos han asumido atributos contextuales y pragmáticos (Kärkkäinen y Eriksson, 2004). Esta forma lógica de trabajar, un movimiento constante entre la lógica y la evidencia empírica, fue resumida por Eriksson en su modelo de desarrollo del concepto (Eriksson, 1997b). La validez de este modelo se puso a prueba en numerosas tesis doctorales desde 1995 (Gustafsson, 2008; Hilli, 2007; Kasén, 2002; Lassenius, 2005; Lindwall, 2004; Näden, 1998; Näsman, 2010; Rundqvist, 2004; Sivonen, 2000; von Post, 1999; Wallinvirta, 2011). Eriksson empezó a realizar unos programas de investigación clínica sobre el cuidado más sistemáticos y exhaustivos cuando fue nombrada directora del Departamento de Ciencia del Cuidado de la Åbo Akademi University. Las 44 tesis doctorales escritas en este departamento entre 1992 y 2012, de algún modo, prueban y validan sus ideas y su teoría.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Caritas

Caritas significa «amor y caridad». En la *caritas* se unen el eros y el agapé, y la *caritas* es por naturaleza un amor incondicional. La *caritas*, que es el motivo fundamental de la ciencia del cuidado, constituye también el motivo de todo cuidado. Significa que cuidar es una misión en la que intervienen la fe, la esperanza y el amor a través de cuidar, jugar y aprender.

Comunión del cuidado

La **comunión del cuidado** constituye el contexto del significado del cuidado y es la estructura que determina la realidad del cuidado. El cuidado adquiere su carácter distintivo a través de la comunión del cuidado (Eriksson, 1990). Es una forma de conexión íntima que describe el cuidado. La comunión del cuidado requiere un encuentro en el tiempo y en el espacio, una presencia absoluta y duradera (Eriksson, 1992c). Se caracteriza por intensidad y vitalidad, además de por calor, cercanía, reposo, respeto, honestidad y tolerancia. No puede darse por sobrentendida, sino que presupone un esfuerzo consciente para estar con la otra persona. La comunión del cuidado se considera como la fuente de la fuerza y del significado del cuidado. Eriksson (1990) escribe en *Pro Caritate*, refiriéndose a Lévinas:

«Entrar en comunión implica crear oportunidades para el otro, ser capaz de salir del recinto de su propia identidad, de lo que le pertenece a uno hacia lo que no le pertenece y sin embargo le es propio; es una de las formas más profundas de comunión.» (pp. 28-29)

Unirse en comunión significa crear posibilidades para el otro. Lévinas sugiere que considerar a alguien como a nuestro propio hijo implica una relación que va «más allá de lo posible» (1985, p. 71; 1988). En esta relación, la persona percibe las posibilidades de la otra como si fueran propias. Esto

requiere la capacidad de tender hacia algo que ya no solo no es nuestro, sino que además nos pertenece. Es una de las formas más profundas de comunión (Eriksson, 1992b). La comunión del cuidado es lo que une, vincula y da significado al cuidado (Eriksson, 1992a).

Acto del cuidado

El acto del cuidado contiene los elementos del cuidado (fe, esperanza, amor, inclinación, juego y aprendizaje), comprende las categorías de infinitud y eternidad e invita a una profunda comunión. El acto del cuidar es el arte de convertir en algo muy especial algo que no lo es tanto.

Ética asistencial caritativa

La **ética asistencial caritativa** comprende la ética del cuidado, cuyo núcleo está determinado por el motivo de la *caritas*. Eriksson hace una distinción entre ética del cuidado y ética enfermera. Asimismo, define las bases de la ética en el cuidar así como su materia esencial. La ética del cuidado trata de la relación básica entre el paciente y la enfermera –el modo en que la enfermera entra en contacto con el paciente en un sentido ético–. Trata sobre el abordaje del paciente. En cambio, la ética enfermera trata sobre las reglas y principios éticos que guían el trabajo o las decisiones. La ética del cuidado es la parte central de la ética enfermera. Los fundamentos de la ética caritativa pueden encontrarse no solo en la historia, sino también en la línea divisoria natural entre ética teológica y ética humana. Eriksson ha recibido la influencia de la ética humana de Nygren (1966) y de la «ética frontal» de Lévinas (1988), entre otros. El cuidado ético constituye lo que el profesional de enfermería realmente hace explícito en su abordaje del paciente, así como las cosas que hace para él en la práctica. Un abordaje asistencial basado en la ética significa que, sin prejuicio alguno, el profesional de enfermería considera al

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

ser humano con respeto y que confirma su absoluta dignidad. También significa la voluntad de sacrificar algo de uno mismo. Las categorías éticas que sobresalen como básicas en la ética asistencial caritativa son la dignidad humana, la comunión asistencial, la invitación, la responsabilidad, el bien y el mal, la virtud y la obligación. En un acto ético, el bien se pone de manifiesto a través de acciones éticas (Eriksson, 1995, 2003).

Dignidad

La **dignidad** constituye uno de los conceptos básicos de la ética del cuidado caritativo. La dignidad humana es, en parte, dignidad absoluta y, en parte, dignidad relativa. Mientras la dignidad absoluta la recibe el ser humano gracias a la creación, la dignidad relativa está influida y formada por la cultura y los contextos externos. La dignidad absoluta de un ser humano implica el derecho a ser confirmado como un ser humano único (Eriksson, 1988, 1995, 1997a).

Invitación

La **invitación** se refiere al acto que se produce cuando el cuidador acoge al paciente en la comunión del cuidado. El concepto de invitación da cabida a un lugar en el que se permite descansar al ser humano, un lugar que respira auténtica hospitalidad y en el que la petición de caridad por parte del paciente encuentra respuesta (Eriksson, 1995; Eriksson y Lindström, 2000).

Sufrimiento

El **sufrimiento** es un concepto ontológico que se describe como la lucha del ser humano entre el bien y el mal en un estado de devenir. En cierto sentido, el sufrimiento implica alejarse de algo y, a través de la reconciliación, volver a crear la totalidad del cuerpo, el alma y el espíritu, cuando aparecen la dignidad y la santidad del ser humano. El sufrimiento es una experiencia total única y aislada y no es sinónimo de dolor (Eriksson, 1984, 1993).

Sufrimiento relacionado con la enfermedad, la asistencia y la vida

Hay tres formas diferentes de sufrimiento: **el relacionado con la enfermedad, con los cuidados y con la vida**. El sufrimiento relacionado con la enfermedad es el que se experimenta en relación con esta y su tratamiento. El paciente presenta un sufrimiento relacionado con la asistencia cuando aquel deriva de esta o de su ausencia, lo que implica siempre

una violación de su dignidad. Son formas diversas de sufrimiento relacionado con la asistencia: no tomar seriamente al paciente, no acogerlo, culparlo y someterlo a un ejercicio de poder. Desde la perspectiva de un paciente, toda la vida de un ser humano puede ser experimentada como un sufrimiento relacionado con la vida (Eriksson, 1993, 1994a; Lindholm y Eriksson, 1993).

Ser humano que sufre

Para describir al paciente, Eriksson utiliza el concepto de **ser humano que sufre**. El paciente hace referencia al concepto de *patiens* (latín), que significa «sufrimiento». El paciente es un ser humano que sufre, o un ser humano que sufre y lo soporta con paciencia (Eriksson, 1994a; Eriksson y Herberts, 1992).

Reconciliación

La **reconciliación** se refiere al drama del sufrimiento. Los seres humanos que sufren quieren que les confirmen el sufrimiento que padecen y, también, que se les dé tiempo y espacio para sufrir y alcanzar una reconciliación. La reconciliación implica un cambio mediante el que se forma una nueva totalidad a partir de la vida que el ser humano ha perdido en el sufrimiento. En la reconciliación, surge la importancia del sacrificio (Eriksson, 1994a). Haber alcanzado la reconciliación implica vivir una imperfección respecto a uno mismo y a los otros, pero mirando hacia delante y encontrando un significado en el propio sufrimiento. La reconciliación es un prerrequisito de la *caritas* (Eriksson, 1990).

Cultura del cuidado

La **cultura del cuidado** es el concepto que Eriksson (1987b) utiliza en lugar del de entorno. Describe la realidad asistencial total y se basa en elementos culturales como las tradiciones, los rituales y los valores básicos. La cultura del cuidado transmite un orden interno de preferencias de valores o *ethos*, y las diferentes construcciones de la cultura tienen su base en los cambios de valor que experimenta el *ethos*. Si la comunión surge a partir del *ethos*, la cultura se vuelve acogedora. El respeto por el ser humano, su dignidad y santidad forman el objetivo de la comunión y de la participación en una cultura de la asistencia. El origen del concepto de cultura se encuentra en dimensiones como la reverencia, la atención, el cultivo y el cuidado; estas dimensiones son fundamentales para el motivo básico de preservar y desarrollar una cultura del cuidado (Eriksson, 1987b; Eriksson y Lindström, 2003).

PRINCIPALES PREMISAS

Eriksson distingue dos tipos principales de suposiciones: los axiomas y las tesis. Considera los axiomas como verdades fundamentales sobre la concepción del mundo; en cambio, las tesis son afirmaciones fundamentales en relación con la

naturaleza general de la ciencia del cuidado, y su validez se evalúa a través de la investigación. Los axiomas y las tesis constituyen conjuntamente la ontología de la ciencia del cuidado y, por tanto, también son el fundamento de su epistemología (Eriksson, 1988, 2001). La teoría del cuidado caritativo se basa en los siguientes axiomas y tesis, modificados y aclarados

a partir de las suposiciones básicas de Eriksson con su aprobación (Eriksson, 2002). Estos son los axiomas:

- El ser humano es fundamentalmente una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu.
- El ser humano es fundamentalmente un ser religioso.
- El ser humano es fundamentalmente sagrado. La dignidad humana implica aceptar la obligación humana de servir con amor, de existir por el bien de los demás.
- La comunión es la base de toda la humanidad. Los seres humanos están fundamentalmente interrelacionados con un ser abstracto y/o con un ser concreto en comunión.
- El cuidado es algo humano por naturaleza, una llamada a servir con amor.
- El sufrimiento es una parte inseparable de la vida. El sufrimiento y la salud son requisitos recíprocos.
- La salud es algo más que la ausencia de enfermedad. La salud implica plenitud y santidad.
- El ser humano vive en una realidad que se caracteriza por el misterio, el infinito y la eternidad.

Las tesis son las siguientes:

- El *ethos* confiere el sentido último al contexto del cuidado.
- El motivo básico del cuidado es el motivo de la *caritas*.
- La categoría básica del cuidado es el sufrimiento.
- La comunión del cuidado constituye el contexto de significado del cuidado y tiene su origen en el *ethos* del amor, la responsabilidad y el sacrificio, es decir, en la ética caritativa.
- La salud conlleva un movimiento a convertirse, ser y hacer en la búsqueda de la plenitud y la santidad, que es compatible con un sufrimiento soportable.
- El cuidado implica aliviar el sufrimiento con caridad, amor, fe y esperanza. El cuidado básico natural se expresa a través de la inclinación, el juego y el aprendizaje en una relación de cuidados sostenida, que es asimétrica por naturaleza.

Ser humano

La concepción del ser humano en la teoría de Eriksson se basa en el axioma de que el ser humano es una entidad de cuerpo, alma y espíritu (Eriksson, 1987b, 1988). Aunque Eriksson subraya que el ser humano es fundamentalmente un ser religioso, no todos los seres humanos reconocen esta dimensión. El ser humano es fundamentalmente sagrado y este axioma está relacionado con la idea de dignidad humana, que significa aceptar la obligación humana de servir con amor y de existir para los otros. Eriksson subraya la necesidad de entender el contexto ontológico del ser humano. El ser humano es considerado en constante transformación, está constantemente cambiando y, por tanto, nunca alcanza un estado de completa terminación. Es entendido en términos de las tendencias duales que existen en su interior, ocupado en una lucha continua y en vivir en tensión entre el ser y el no ser. Eriksson considera la libertad condicional del ser humano como una dimensión de la transformación. Relaciona su pensamiento con las ideas de Kierkegaard (1843/1943) de elección libre y decisión en los

diversos estadios del ser humano –estadios estético, ético y religioso–; además, cree que el poder de transcendencia del ser humano es el fundamento de la libertad real. La tendencia dual del ser humano también surge de su esfuerzo por ser único, mientras desea pertenecer simultáneamente a una comunión más grande.

El ser humano depende fundamentalmente de la comunión; depende de otro, y es a través de la relación entre un otro concreto (el ser humano) y un otro abstracto (alguna forma de Dios) como el ser humano se constituye a sí mismo y a su ser (Eriksson, 1987b). El ser humano busca una comunión en la que pueda dar y recibir amor, experimentar fe y esperanza, y ser consciente de que su existencia tiene, aquí y ahora, un significado. Según Eriksson (1987a), el ser humano que encontramos en los cuidados es creativo e imaginativo, tiene deseos y anhelos, y es capaz de experimentar fenómenos, por lo que una descripción del ser humano solo en términos de sus necesidades es insuficiente. Cuando el ser humano entra en el contexto del cuidado, se convierte en un paciente en el sentido original del concepto: un ser humano que sufre (Eriksson, 1994a).

Enfermería

El amor y la caridad, o *caritas*, como motivo básico del cuidado ha sido una idea principal desde los primeros trabajos de Eriksson (1987a, 1990, 2001). El motivo de la *caritas* puede rastrearse a través de la semántica, la antropología y la historia de las ideas (Eriksson, 1992c). La historia de las ideas indica que el fundamento de las profesiones asistenciales a través de los tiempos ha sido la inclinación a ayudar y atender a los que sufren (Lanara, 1981).

La *caritas* constituye el motivo del cuidado, y es a través del motivo de la *caritas* como el cuidado adquiere su formulación más profunda. Según Eriksson, este motivo constituye también el núcleo de todo el desarrollo docente y de promoción en todos los tipos de relaciones humanas. En la *caritas* se combinan las dos formas básicas de amor: eros y agapé (Nygren, 1966). Al combinarse las dos formas de amor, la generosidad se convierte en una actitud del ser humano hacia la vida, y su forma de expresión es la alegría. El motivo de la *caritas* se hace visible en una actitud ética especial en el cuidado, o lo que Eriksson llama una *perspectiva caritativa*, que formula y especifica en la ética del cuidado caritativo (Eriksson, 1995). La *caritas* constituye la fuerza interior que está relacionada con la misión de cuidar. Un cuidador irradia lo que Eriksson llama *claritas*, o la fuerza y la luz de la belleza.

El cuidado es algo natural y original. Eriksson opina que la esencia del cuidado solo puede entenderse rastreando su origen. Este origen se encuentra en la fundación del concepto y en la idea del *cuidado* natural. Los fundamentos del cuidado natural están constituidos por la idea de maternidad, que implica la limpieza y la nutrición, y el amor espontáneo e incondicional.

El cuidado básico natural se expresa a través de la inclinación, el juego y el aprendizaje en un espíritu de amor, fe y

esperanza. Las características de la inclinación son el calor, la cercanía y el tacto; el juego es una expresión del ejercicio, las pruebas, la creatividad, la imaginación, los deseos y las aspiraciones; el aprendizaje aspira al crecimiento y al cambio. La inclinación, el juego y el aprendizaje implican compartir, y compartir, según dice Eriksson (1987b), es «la presencia con el ser humano, la vida y Dios» (p. 38). Por tanto, el verdadero cuidado «no es una forma de conducta ni un sentimiento o un estado. Es el modo, el espíritu con el que se hace, y este espíritu es caritativo» (Eriksson, 1998, p. 4). Eriksson explica que el cuidado a través de las edades puede considerarse como diversas expresiones del amor y de la caridad, con un intento para aliviar el sufrimiento y servir a la vida y la muerte. En sus últimos textos, subraya que el cuidado también puede verse como una búsqueda de la verdad, la bondad, la belleza y lo eterno, de lo que es permanente en el cuidado, y de hacerlo visible o evidente (Eriksson, 2002). Eriksson subraya que el cuidado caritativo se relaciona con el núcleo más íntimo de la enfermería. Distingue entre enfermería del cuidado y los *cuidados de enfermería*. Eriksson indica que el cuidado de la enfermera está basado en el proceso de cuidar, y que constituye un buen cuidado solo cuando está basado en la parte más interior de la enfermería. La enfermería del cuidado representa un tipo de cuidado sin prejuicios que hace hincapié en el paciente y en sus sufrimientos y deseos (Eriksson, 1994a).

El núcleo de la relación de cuidados entre la enfermera y el paciente, tal y como lo describe Eriksson (1993), es una invitación abierta que contiene la afirmación de que el otro es siempre bienvenido. La invitación abierta constante interviene en lo que Eriksson (2003) llama hoy el *acto del cuidado*. El acto del cuidado expresa el espíritu más íntimo del cuidado y recrea el motivo básico de la *caritas*. El acto del cuidado expresa el elemento sagrado más profundo, la salvaguarda de la dignidad de todo paciente. En el acto del cuidado, se invita al paciente a un auténtico compartir, a una comunión, para que los fundamentos del cuidado sean vivos y activos (Eriksson, 1987b) (es decir, que sean apropiados por el paciente). La apropiación tiene como consecuencia rehabilitar de algún modo al ser humano y hacerle genuinamente más humano. En un sentido ontológico, el objetivo último del cuidado no puede ser solo salud; llega más allá e incluye a la vida humana en su totalidad. Dado que la misión del ser humano es servir, existir por el bien de los demás, el propósito último del cuidado es devolver al ser humano a esta misión (Eriksson, 1994a).

Entorno

Eriksson utiliza el concepto de *ethos* de acuerdo con la idea de Aristóteles (1935, 1997) de que la ética se deriva del *ethos*. En el sentido de Eriksson, el *ethos* de la ciencia del cuidado, así como el del cuidado, consiste en la idea de amor y caridad y en el respeto y el honor de la santidad y la dignidad del ser humano. El *ethos* es la caja de resonancia de todos los cuidados. El *ethos* es una ontología en la que existe un «deber interno hacia», un objetivo del cuidado «que tiene su propio

lenguaje y su propia clave» (Eriksson, 2003, p. 23). El buen cuidado y el verdadero conocimiento se hacen visibles a través del *ethos*. El *ethos* se refiere originalmente al hogar, o al lugar donde un ser humano se siente como en casa. Simboliza el espacio más íntimo del ser humano, donde se manifiesta en su desnudez (Lévinas, 1989). El *ethos* y la ética van de la mano y, en la cultura del cuidado, se convierten en una sola cosa (Eriksson, 2003). Eriksson cree que el *ethos* significa que nos sentimos llamados a servir a una tarea concreta. Considera este *ethos* como el núcleo de la cultura del cuidado. El *ethos*, que constituye la fuerza básica de la cultura del cuidado, refleja la prioridad de los valores que prevalecen, a través de los cuales aparecen los fundamentos básicos de la ética y las acciones éticas.

A principios de la década de 1990, cuando Eriksson reintrodujo la idea del sufrimiento como categoría básica del cuidado, volvió a las condiciones históricas fundamentales de todo cuidado, la idea de la caridad como base para aliviar el sufrimiento (Eriksson, 1984, 1993, 1994a, 1997a). Esto implicó un cambio en la visión de la realidad del cuidado para centrarse en el ser humano en sufrimiento. Su punto de partida es que el sufrimiento constituye una parte inseparable de la vida humana y que carece de una definición o razón distinguible. Aunque como tal el sufrimiento no tiene significado, un ser humano puede atribuírselo reconciliándose con este. Eriksson diferencia el sufrimiento tolerable del sufrimiento no tolerable; opina que un sufrimiento intolerable paraliza al ser humano y le impide desarrollarse, mientras que un sufrimiento tolerable todavía es compatible con la salud. Todo ser humano que sufre participa en un drama de sufrimiento. Aliviar el sufrimiento de un ser humano implica ser un coactor en el drama y confirmar así su sufrimiento. Un ser humano que sufre quiere que le confirmen el sufrimiento que padece y que le den espacio y su tiempo para reconciliarse con él. El objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento. Eriksson ha descrito tres formas diferentes: el sufrimiento relacionado con la enfermedad, el sufrimiento relacionado con los cuidados y el sufrimiento relacionado con la vida (Eriksson, 1993, 1994a, 1997a).

Salud

Eriksson considera la salud en muchos de sus primeros escritos de acuerdo con un análisis del concepto en el que define la salud como solidez, frescor y bienestar. Insiste considerablemente en la dimensión subjetiva o bienestar (Eriksson, 1976). En el axioma actual de la *salud*, esta implica estar completo en cuerpo, alma y espíritu. La *salud* significa, como concepto puro, plenitud y santidad (Eriksson, 1984). De acuerdo con su visión del ser humano, Eriksson ha desarrollado varias premisas respecto a la esencia y las leyes de la salud, que se han añadido a un modelo de salud ontológico. Eriksson considera la salud como movimiento y como integración. La premisa de la salud es un movimiento que comprende varias premisas parciales: la salud como movimiento implica un cambio; el ser humano se está formando o destruyendo, pero nunca por

completo; la salud es un movimiento entre lo real y lo potencial; la salud es un movimiento en el tiempo y en el espacio; la salud como movimiento depende de la fuerza vital y de la vitalidad del cuerpo, el alma y el espíritu; la dirección de este movimiento está determinada por las necesidades y los deseos del ser humano; la voluntad de encontrar el sentido, la vida y el amor constituye la fuente de energía del movimiento, y la salud como movimiento se esfuerza por lograr la realización del propio potencial (Eriksson, 1984).

En la concepción ontológica, la salud se concibe como un devenir, un movimiento hacia una plenitud y una santidad más profundas. Cuando se alcanza el potencial de salud interior del ser humano, se produce un movimiento que se hace visible en las diferentes dimensiones de la salud como *hacer, ser y convertirse* con una plenitud que es exclusiva de los seres humanos (Eriksson et al., 1990). En el hacer, los pensamientos de la persona relativos a la salud se centran en los hábitos de vida sanos y evitan la enfermedad; en el ser, la persona lucha para conseguir equilibrio y armonía; en la transformación, el ser humano entra en un nivel de integración más profundo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Las afirmaciones teóricas fundamentales de Eriksson conectan cuatro niveles de conocimiento: el metateórico, el teórico, el tecnológico y el cuidado como arte. La generación de la teoría tiene lugar a través del movimiento dialéctico entre estos niveles, pero aquí la deducción constituye la idea epistemológica básica (Eriksson, 1981). La teoría científica para la ciencia del cuidado, que contiene perspectivas epistemológicas, lógicas y éticas fundamentales, está construida a nivel de metateoría. Eriksson (1988), igual que Nygren (1972), considera que el motivo básico es el elemento que facilita la formación del conocimiento en todos los niveles y que da al conocimiento científico sus características únicas. Una ontología claramente formulada constituye el fundamento tanto de la teoría del cuidado caritativo como de la ciencia del cuidado como disciplina. El motivo de la *caritas*, el *ethos* del amor y la caridad, y el respeto y la reverencia por la santidad y la dignidad humanas, que determinan la naturaleza del cuidado, determinan las características de la teoría del cuidado caritativo. Este *ethos*, que rodea el cuidado como ciencia y como arte, facilita la cultura del cuidado y crea las condiciones previas para el cuidado. El *ethos* se refleja en el proceso de los cuidados de enfermería, en la documentación y en los diversos modelos de planificación de los cuidados.

La comunión del cuidado constituye el contexto de significado desde el que se deben entender los conceptos de la teoría. El sufrimiento humano, que constituye la categoría básica del cuidado y emplaza al cuidador al cuidado verdadero (es decir, servir con amor y caridad). En el acto de cuidar, el ser humano que sufre (o paciente) es invitado y bienvenido a la comunión asistencial, en la que el sufrimiento puede aliviarse a través de un acto de cuidar que es único para el drama que vive cada ser

individual. Aliviar el sufrimiento implica que el cuidador es un coactor en el drama, confirma el sufrimiento del paciente y cede suficiente tiempo y espacio para sufrir hasta alcanzar la reconciliación. La reconciliación es el objetivo último de la salud o del ser y significa el restablecimiento de la integridad y la santidad (Eriksson, 1997a).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La metateoría siempre ha ocupado un lugar fundamental en el pensamiento de Eriksson, y su trabajo epistemológico está anclado en la teoría del conocimiento de Aristóteles (Aristóteles, 1935). Buscar el conocimiento, que es intrínsecamente hermenéutico y que ha tenido lugar en el ámbito de una perspectiva teórica estructurada, significa una búsqueda del texto original en una tradición histórico-hermenéutica, es decir, lo que en el sentido hermenéutico antiguo representa la verdad (Gadamer, 1994). Para alcanzar la profundidad en el desarrollo del conocimiento y de la teoría en la que tanto se ha esforzado, Eriksson ha utilizado diversos modelos lógicos guiados por los principios hermenéuticos y el método hipotético deductivo.

Eriksson subraya la importancia de que la forma lógica se cree sobre la base de la sustancia del cuidado (es decir, la *caritas*), no sobre la base del método. Por tanto, lo que ha creado la guía lógica es la deducción combinada con la abducción. El lenguaje, las palabras y los conceptos son los portadores del contenido del significado, y Eriksson subraya la necesidad de escoger unas palabras, conceptos y lenguaje que se correspondan con la ciencia humana.

En el cambio dinámico entre el mundo natural y el mundo de la ciencia, ha habido constantemente un afán por la fuente de lo verdadero, lo bello y lo bueno: lo que es evidente. Eriksson (1999) da forma a su teoría del pensamiento científico, en la que la reflexión se mueve entre patrones a diferentes niveles y la interpretación está sujeta a la perspectiva teórica. El movimiento se produce claramente entre la *doxa* (conocimiento empírico-perceptivo), la *episteme* (conocimiento racional-conceptual) y «el infinito». Por tanto, el movimiento aparece entre las dos categorías epistemológicas básicas de la teoría del conocimiento: la percepción y la concepción.

Eriksson aplicó tres formas de inferencia (deducción, inducción y abducción o retroducción; Eriksson y Lindström, 1997) que dan a la teoría una estructura lógica externa. La sustancia de su teoría del cuidado se ha movido simultáneamente mediante saltos de abducción (Eriksson y Lindström, 1997; Peirce, 1990), que a veces crearon un nuevo caos pero también llevaron el pensamiento de Eriksson hacia nuevos descubrimientos. A través de la abducción, se configuró el modelo ideal del cuidado caritativo, partiendo de supuestos históricos y evidentes (Nygren, 1972). De este modo, Eriksson ha utilizado antiguos textos originales para testificar el cuidado caritativo como material de investigación. Asimismo, mediante la inducción y la deducción se ha evaluado la validez de la teoría.

La teoría, tal y como la concibe Eriksson, se ajusta al concepto griego de teoría (*theoria*) en el sentido de ver lo bello y lo bueno, participar en lo común y dedicarlo a los demás (Gadamer, 2000, p. 49). La teoría y la práctica son aspectos diferentes de una misma esencia central. La fuerza convincente y el potencial de toda la teoría se encuentran en su núcleo más íntimo, la *caritas*, en torno a la cual se genera la teoría. La esencia del cuidado se forma en un movimiento dialéctico entre lo potencial y lo real, lo general abstracto y lo individual concreto. Con la ayuda del pensamiento lógico abstracto combinado con la lógica del corazón (Pascal, 1971), la teoría del cuidado caritativo se hace perceptible a través del arte del cuidado.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

Un rasgo característico de la forma de trabajar de Eriksson es su manera de estructurar el pensamiento abstracto como una condición previa natural y obvia de la actividad clínica y una forma de cuidado basada en la evidencia que abre una visión más profunda. Varias unidades de enfermería de los países escandinavos han basado su práctica y su filosofía asistencial en las ideas y la teoría del cuidado caritativo de Eriksson. Entre ellas figuran varios centros del distrito hospitalario de Helsinki y Uusimaa en Finlandia, Stiftelsen Hemmet en las islas Åland finlandesas y Stora Sköndal en Suecia. Dado que el pensamiento y el modelo del cuidado de Eriksson son generales, el modelo de proceso de cuidado enfermero ha demostrado ser aplicable en todos los contextos asistenciales, desde el cuidado clínico agudo y la atención psiquiátrica hasta la medicina preventiva y de promoción de la salud.

Desde la década de 1970, el modelo de proceso de cuidados de enfermería de Eriksson se utilizó, probó y desarrolló sistemáticamente como base de los cuidados y la documentación de enfermería en el Helsinki University Central Hospital. Desde comienzos de los años noventa, Eriksson ha sido directora del programa de investigación clínica «In the World of the Patient». La teoría de Eriksson se evaluó en varios estudios; sus resultados se presentaron en tesis doctorales y disertaciones de másteres, y aparecieron en publicaciones científicas y profesionales. Del estudio «In the Patient's World II: Alleviating the Patient's Suffering—Ethics and Evidence» se obtendrán recomendaciones para el cuidado de los pacientes, y es una investigación en curso que, con el tiempo, se convirtió en una guía de referencia de la ciencia del cuidado clínico.

El modelo de Eriksson ha sido objeto de una investigación académica más exhaustiva (Fagerström, 1999; Kärkkäinen y Eriksson, 2003, 2004; Lukander, 1995; Turtiainen, 1999). El pensamiento de Eriksson ha influido en los campos del liderazgo y la administración enfermeros, en los que la teoría caritativa de la enfermería representa el núcleo de desarrollo

de liderazgo en los diversos niveles de la organización enfermera. El hecho de que el modelo de proceso de cuidados y las ideas de Eriksson sobre el cuidado funcionen en la práctica ha sido comprobado en muchos ensayos y pruebas de aprendizaje en la práctica clínica y tesis de máster, licenciatura y doctorado realizadas en los países escandinavos.

Formación

Desde la década de 1970, la teoría de Eriksson se ha integrado en la formación de las enfermeras en varios niveles, y sus libros se incluyen continuamente en los requisitos de los exámenes de las distintas modalidades de formación en enfermería en los países nórdicos. La formación para el doctorado y el máster iniciada en 1986 en el Departamento de Ciencia del Cuidado de la Åbo Akademi University se basó completamente en las ideas de Eriksson; asimismo, su teoría del cuidado caritativo representó la parte fundamental del desarrollo de la materia tanto en educación como en investigación. El desarrollo de los profesores dentro de la formación en enfermería forma parte del programa de máster y dio lugar a la primera tesis doctoral sobre didáctica de la ciencia del cuidado (Ekebergh, 2001).

Eriksson se dio cuenta muy pronto de la importancia de integrar los cursos académicos en la formación de las enfermeras; hoy en día, los cursos académicos sobre la ciencia del cuidado basados en la teoría de Eriksson se ofrecen como parte de la formación continua para quienes trabajan en la práctica clínica. En estos cursos académicos participan anualmente unas 200 enfermeras. Dado que Eriksson consideraba que la ciencia del cuidado no estaba orientada a la profesión, sino que era una disciplina académica «pura», ha despertado el interés de estudiantes de otras disciplinas y de otros grupos profesionales, como profesores, trabajadores sociales, psicólogos y teólogos. Eriksson subrayó que es necesario que también los médicos estudien la ciencia del cuidado, para poder conseguir así una auténtica cooperación interdisciplinaria entre esta ciencia y la medicina.

Investigación

Eriksson y sus colegas docentes e investigadores del Departamento de Ciencias del Cuidado diseñaron un programa de investigación basado en su tradición de ciencias del cuidado. Este programa comprende la ciencia del cuidado sistemático, la ciencia del cuidado clínico, la didáctica, la administración y la investigación interdisciplinaria. La teoría del cuidado caritativo de Eriksson ha sido evaluada y posteriormente desarrollada en diversos contextos con diferentes enfoques metodológicos, tanto dentro de los propios proyectos de investigación del departamento como en las tesis doctorales que se han publicado en el departamento.

Eriksson siempre hizo hincapié en la importancia de la investigación básica como necesaria para la investigación clínica, y su tesis principal era que la sustancia debía dirigir la elección del método de investigación. En su libro *Pausen (La Pausa)* (Eriksson, 1987a), describe cómo se estructura el objeto

de investigación, empezando por la teoría del cuidado caritativo. En su libro *Broar (Puentes)* (Eriksson, 1991), describe el paradigma de la investigación y varios enfoques metodológicos basados en una perspectiva científica humanista. Durante los primeros años, el énfasis recayó en la investigación básica, con hincapié en el desarrollo de los conceptos básicos, suposiciones de la teoría y fundamentos sobre la historia y la historia de las ideas. Un punto especialmente sólido en la investigación de Eriksson es una perspectiva teórica claramente formulada y que confiere una mayor claridad y profundidad al conocimiento. Desde su aparición, la teoría y la investigación siempre se han movido juntas y con el punto de mira en las diversas dimensiones de aquella, y en esta conexión se deben ilustrar algunos resultados centrales de la investigación.

Eriksson hizo hincapié en la necesidad de un análisis exhaustivo y sistemático de los conceptos básicos y desarrolló su propio modelo de desarrollo conceptual (Eriksson, 1991, 1997b), que resultó fructífero y es utilizado por muchos investigadores, entre ellos Nâden (1998) en su estudio del arte de cuidar, von Post (1999) en su estudio del concepto de cuidado natural, Sivonen (2000) en los estudios de los conceptos de alma y espíritu, y Kasén (2002) en su estudio del concepto de relación asistencial. Otros estudios se centraron en el concepto de dignidad (Edlund, 2002), los conceptos de poder y autoridad (Rundqvist, 2004) y el concepto de cuerpo en un contexto perioperatorio (Lindwall, 2004).

El desarrollo del concepto de salud de Eriksson tuvo continuidad en el proyecto de investigación Den Mångdimensionella Hälstan («salud multidimensional») durante los años 1987-1992 y dio lugar al modelo ontológico de salud (Eriksson, 1994a; Eriksson et al., 1990; Eriksson y Herberts, 1992). El proyecto culminó en diversas tesis de máster. De ellos, el estudio de Lindholm sobre la concepción de la salud por parte de los jóvenes (1998; Lindholm y Eriksson, 1998) y el estudio de Bondas sobre la salud de las mujeres durante el periodo perinatal (2000; Bondas y Eriksson, 2001) dieron lugar a tesis doctorales.

El modelo ontológico de la salud fue posteriormente la base de varios estudios. Wårnå (2002), en su estudio sobre la salud del trabajador, relacionó la teoría de la virtud de Aristóteles con el modelo ontológico de salud de Eriksson. El estudio abrió una nueva línea de pensamiento en el ámbito de la prevención de salud en el ambiente laboral; asimismo, en varias fábricas finlandesas de procesamiento de la madera se están realizando aún progresos e investigaciones al respecto.

Desde mediados de la década de 1980, cuando el sufrimiento como categoría básica en el cuidado se hizo explícito en la teoría de Eriksson, se multiplicaron los ejemplos de investigación relacionados con el sufrimiento. Uno de ellos es el estudio de Wiklund (2000) sobre el sufrimiento como lucha y drama, tanto entre los pacientes que se habían sometido a una cirugía de revascularización coronaria como entre los pacientes drogodependientes. En varios estudios clínicos, Råholm se centró en el sufrimiento y el alivio del sufrimiento en pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria (Råholm, 2003; Råholm et al., 2002). La manifestación del

sufrimiento en un contexto psiquiátrico fue estudiada por Fredriksson, quien ilustra las posibilidades de la conversación asistencial en el alivio del sufrimiento (Fredriksson, 2003; Fredriksson y Eriksson, 2003; Fredriksson y Lindström, 2002). Nyback (2008) estudió el sufrimiento en la cultura china, y Lindholm (2008) se centró en el sufrimiento y su conexión con la violencia doméstica. En un estudio noruego, Nilsson (2004) estudió el sufrimiento en pacientes de unidades de cuidados psiquiátricos no institucionales con importantes trastornos de salud mental y descubrió que la experiencia de la soledad tiene una importancia básica. Caspari (2004) ilustró en su estudio la importancia de la estética para la salud y el sufrimiento.

En un proyecto de cooperación entre investigadores de Suecia y Finlandia, se estudió el sufrimiento de las mujeres con cáncer de mama. Este proyecto comprendía estudios de intervención que ilustraban la importancia de diferentes formas de cuidados para aliviar el sufrimiento (Arman et al., 2002; Arman-Rehnsfeldt y Rehnsfeldt, 2003; Lindholm et al., 2004). Arman-Rehnsfeldt, en su disertación, ilustró cómo se forma el drama del sufrimiento entre estas mujeres (Arman, 2003).

Desde la década de 1970 se han llevado a cabo continuas investigaciones con vistas a desarrollar la ciencia del cuidado como disciplina académica, y se ha formulado una teoría científica para la ciencia del cuidado (Eriksson, 1988, 2001; Eriksson y Lindström, 2000, 2003; Lindström, 1992). Asimismo, Eriksson elaboró subdisciplinas de la ciencia del cuidado, en las que investigadores de esta ciencia y los de otras disciplinas científicas dialogan entre sí y forman una unidad de investigación. Un ejemplo de ello fue el desarrollo de la ética del cuidado caritativo (Andersson, 1994; Eriksson, 1991, 1995; Fredriksson y Eriksson, 2001; Råholm et al., 2002; Råholm y Lindholm, 1999). Otra interesante subdisciplina desarrollada por Eriksson es la teología del cuidado, en la que estructuró cuestiones espirituales y doctrinales junto con un grupo científico de temas; en este sentido, abrió el camino para la aparición de un pensamiento nuevo. La teología del cuidado despertó gran interés entre los cuidadores en la práctica clínica y se estudió en cursos académicos.

EVOLUCIÓN

Eriksson siguió desarrollando su pensamiento y la teoría del cuidado caritativo para encontrar nuevos caminos, recreando y profundizando lo que se había planteado antes. La investigación sistemática y el desarrollo de la teoría del cuidado caritativo, al igual que la disciplina de la ciencia del cuidado, se localizan principalmente en el ámbito de los programas de investigación de su antiguo departamento, con sus ayudantes y grupos de posgraduados. Los temas de los candidatos al doctorado están relacionados con los programas de investigación y constituyen importantes contribuciones del conocimiento al desarrollo en curso de la obra de Eriksson.

Durante los últimos años, Eriksson había hecho hincapié en la necesidad de la investigación básica en la ciencia del

cuidado clínico, donde destacó especialmente la comprensión de la realidad del cuidado como objeto de investigación. Eriksson describió el objeto de investigación desde tres puntos de vista: el mundo experimentado, la praxis como actividad y la realidad real. En la realidad real, que contiene los atributos del misterio, se encuentra algo del potencial más profundo del cuidado, y es una realidad que puede entenderse en el sentido de Gadamer, en el antiguo significado griego de *praxis*, como una forma de vivir, un modo de ser, es decir, una ontología (Gadamer, 2000). El desarrollo del conocimiento en la ciencia del cuidado es fundamentalmente diferente según el objeto de conocimiento que constituya el foco de la investigación (Eriksson y Lindström, 2003). Otra área central de interés para Eriksson (2003) fue el desarrollo de la ética del cuidado caritativo. La teoría del cuidado caritativo experimenta un desarrollo continuado gracias a su aplicación y a las pruebas efectuadas en contextos éticos (Abelsson y Lindwall, 2018; Hemberg et al., 2018; Ostman et al., 2019).

CRÍTICA

Claridad

El punto fuerte de la teoría de Eriksson es la estructura lógica de la teoría, en la que cada nuevo concepto se convierte en una parte de un todo más amplio y claramente lógico. Su tesis principal ha sido siempre que será necesaria una claridad conceptual básica antes de desarrollar los rasgos contextuales de la teoría. Como métodos centrales, Eriksson ha utilizado el análisis de conceptos y el análisis de ideas, lo que se asocia con claridad estructural y semántica. Por tanto, los conceptos pueden haber asumido dimensiones para las personas no habituadas a la perspectiva teórica de desarrollo de esta teoría. Tras tener la oportunidad de revisar el trabajo de Eriksson, nos damos cuenta de que su forma de pensamiento forma un todo lógico, en el que la información científica abstracta revela una nueva comprensión concreta (es decir, aporta la experiencia de la evidencia y verifica la fuerza de convicción de la teoría).

Sencillez

La claridad teórica de la teoría de Eriksson refleja la sencillez de la teoría al mostrar lo general en una totalidad conceptual clara y lógica. El abordaje hermenéutico ha profundizado en la

comprensión de la materia y, por tanto, ha contribuido a la sencillez de la teoría (Gadamer, 1994). La sencillez puede entenderse como una expresión del concepto de teoría de Gadamer, al dar a entender que la teoría y la práctica van juntas y que reflejan los dos lados de una misma realidad. Eriksson está de acuerdo con el pensamiento de Gadamer relativo a que la comprensión incluye la aplicación, y en que la teoría abre un modo para profundizar en la participación y la comunión. Eriksson (2003) formula este proceso con la afirmación de que «los ideales alcanzan la realidad y la realidad alcanza los ideales» (p. 26).

Generalidad

La teoría de Eriksson es general en el sentido de que pretende crear una base ontológica y ética del cuidado, y constituye el núcleo de la disciplina e implica también la epistemología. La teoría de Eriksson es general como resultado de la amplia fuerza convincente que recibe a través de sus conceptos teóricos fundamentales, así como de sus axiomas y tesis. Eriksson ha subrayado la importancia de describir los conceptos fundamentales en un nivel de abstracción óptimo para incluir la compleja realidad del cuidado, que, al mismo tiempo, implica un alto grado de significación que facilita el conocimiento en diversos contextos asistenciales.

Accesibilidad

El pensamiento de Eriksson en su conjunto ha alcanzado una comprensión que se extiende a otras disciplinas y profesiones. Ha desarrollado un lenguaje y una retórica que llega tanto a investigadores como a profesionales de las ciencias humanas. La precisión empírica de la teoría de Eriksson demostrada en múltiples pruebas deductivas manifiesta una combinación de claridad, sencillez y generalidad combinada con una rica sustancia y un *ethos* claramente formulado.

Importancia

El trabajo de Eriksson para desarrollar su teoría del cuidado caritativo ha tenido éxito durante más de 30 años, y hay abundantes pruebas de la importancia de su trabajo para la práctica clínica, la investigación y la formación, así como para el desarrollo de la disciplina del cuidado. Mediante su desarrollo de la teoría del cuidado caritativo, Eriksson creó su propia tradición en las ciencias del cuidado, una tradición que se ha desarrollado con fuerza para los avances en enfermería y la ciencia del cuidado.

RESUMEN

Eriksson ha sido una guía y visionaria que ha ido por delante y ha «labrado nuevos surcos» en el desarrollo de la teoría durante muchos años. La teoría de Eriksson, basada en la *caritas*, y todo su pensamiento de la ciencia del cuidado se han desarrollado a lo largo de muchos años. Aunque trabajó a nivel abstracto en el

desarrollo de conceptos y teorías, la teoría tiene sus raíces típicamente en la realidad clínica y la docencia, donde la teoría caritativa y de cuidados presenta un carácter definido y adquiere un significado más profundo. El objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento y servir a la vida y la salud.

La formación del conocimiento para Eriksson era una espiral hermenéutica, partiendo del pensamiento de que la ética precede a la ontología. En concreto, ello implica que el pensamiento de la dignidad y la santidad humana se mantiene vivo en todas las fases de la búsqueda del conocimiento. La ética precede a la ontología tanto en la teoría como en la práctica.

La tradición de la ciencia del cuidado y la disciplina de la ciencia del cuidado de Eriksson constituyen la base de la

actividad del Departamento de Ciencias del Cuidado de la Åbo Akademi University. Asimismo, la teoría del cuidado caritativo de Eriksson y la disciplina de la ciencia del cuidado inspiraron a numerosos autores y se utilizan como base para la investigación, la educación y la práctica clínica. Muchos de sus manuales originales, publicados principalmente en sueco, se han traducido al finlandés, al noruego y al danés.

CASO CLÍNICO

El caso que se presenta es una filosofía de la práctica, de Ulf Donner, líder de la Foundation Home en la residencia psiquiátrica de Finlandia, que durante 15 años ha basado su práctica en la teoría del cuidado caritativo de Eriksson.

Incluso en un estadio temprano de nuestro servicio en la ciencia del cuidado, los cuidadores nos reconocemos en la teoría de la ciencia del cuidado, que hace hincapié en la fuerza curativa del amor y la compasión en forma inclinación, juego y aprendizaje en la fe, la esperanza y la caridad. La cultura caritativa se hace visible con la ayuda de rituales, símbolos y tradiciones, por ejemplo, con la idea de la Trinidad y el tiempo diario dedicado a la reflexión espiritual. Al encontrarse con un ser humano en sufrimiento, se lucha por los atributos del amor y de la caridad; también se analizan aspectos como la reconciliación, el perdón y el modo en que los cuidadores podemos servir mediante la nutrición y limpieza a nivel de hacerse, ser y transformarse. En la lucha del amor y la compasión para llegar a un ser humano que ha sido apartado de la comunión a causa del sufrimiento, existe siempre el esfuerzo del cuidador para encontrar nuevos horizontes.

Trabajamos con personas que a menudo tienen la sensación de no merecer el amor que encuentran y que, de diversas maneras, intentan convencernos de ello a los cuidadores. También nosotros sufrimos el desengaño de los actos destructivos de los pacientes y debemos constantemente recordar que esta dinámica tiene su origen en promesas rotas. En ocasiones, es difícil reconocer que el sufrimiento expresado de este modo abstracto busca un abrazo que no soluciona, pero que es lo bastante fuerte como para dar un abrigo y ofrecer un movimiento de transformación. Al reconocer lo que es

malo y lo que es difícil, los horizontes del campo de fuerzas se amplían, y se abren las posibilidades de traer un rayo de luz y de esperanza.

Como cuidadores, nos preguntamos constantemente si las palabras, el lenguaje que utilizamos, son prometedoras, y cómo podemos crear puntos de apoyo lingüísticos en el vacío mediante imágenes y símbolos. En nuestro esfuerzo para alimentar y purificar lo que constituye el movimiento básico de la inclinación, con frecuencia reconocemos la importancia de enseñar al paciente a ser capaz de acongojarse por las desilusiones y de afirmar las posibilidades del perdón en el movimiento de la reconciliación.

También tratamos de hacer una invitación abierta al ser humano que sufre para que se una a una comunión con la ayuda de mitos, leyendas y cuentos relacionados con las cuestiones humanas sobre el bien contra el mal y sobre la eternidad y el infinito. Leer en alto y hacer frecuentes periodos de reflexión nos proporciona a menudo la posibilidad de acercarnos a los pacientes, aunque sin estar excesivamente cerca de ellos, así como de abrir una puerta para liberar el sufrimiento del paciente.

En el acto del cuidado, nos esforzamos por estar cara a cara con el paciente y mantener una actitud de confirmación que responda a la apelación que podemos reconocer que el paciente nos dirige. Cuando, como cuidadores, respondemos a la llamada del paciente buscando caridad, nos enfrentamos a la tarea de confirmar la santidad del otro como ser humano. Nuestro esfuerzo constante debe dirigirse a conseguir que el paciente recupere su dignidad, consiga su misión humana y acceda a una verdadera comunión.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

- Reflexione sobre el significado de la *caritas* como *ethos* del cuidado.
 - ¿Cómo se forma la cultura de la *caritas* en un entorno asistencial?
 - ¿Cómo aparecen los elementos caritativos en el cuidado?
 - ¿Cuál es la naturaleza de la ética enfermera basada en la *caritas*?
- La salud y el sufrimiento son condiciones previas mutuas. Piense en su significado en la vida de un paciente al que cuidó en fechas recientes.
- El sufrimiento como consecuencia de la falta de cuidado caritativo constituye una violación de la dignidad del ser humano. Imagine una situación en la que esto ocurra, y piense qué se puede hacer para prevenir este sufrimiento relacionado con el cuidado.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Eriksson, K. (2007). The theory of caritative caring: A vision. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 201–202.
- Eriksson, K. (2006). *The suffering human being*. Chicago: Nordic Studies Press. [Traducción al inglés de *Den Lidande Människan*. Stockholm: Liber Förlag, 1994.]
- Eriksson, K. (2010). Concept determination as part of the development of knowledge in caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 2–11.
- Eriksson, K. (2010). Evidence—To see or not to see. *Nursing Science Quarterly*, 23(4), 275–279.
- Para obtener más referencias bibliográficas e información, visite nuestra página web: <http://www.abo.fi/institution/vardvetenskap>

BIBLIOGRAFÍA

- Abelsson, A., & Lindwall, L. (2018). Ethical dilemmas in prehospital emergency care—from the perspective of specialist ambulance nurse students. *International Journal of Ethics Education*, 3(2), 181–192.
- Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp och princip*. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Integrity as a concept and as a principle in health care ethics. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Aristotle (1935). *Metaphysics, X-XIV oeconomica magna moralia* (H. Tredennick & G. C. Armstrong, Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Aristotle (1993). *Den nikomachiska etiken*. Gothenburg, Sweden: Daidalos. [The nicomachean ethics (M. Ringbom, Trans. & Commentary). Gothenburg, Sweden: Daidalos.]
- Aristotle (1997). *Retoriikka*. Helsinki, Finland: Gaudeamus [Rhetoric (P. Hohti, Trans.). Helsinki, Finland: Gaudeamus.]
- Arman, M. (2003). *Lidande i existens i patientens värld—Kvinnors upplevelser av att leva med bröstcancer*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Suffering and existence in the patient's world—Women's experiences of living with breast cancer. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer—being in a field of forces. *Cancer Nursing*, 25(2), 96–103.
- Arman-Rehnsfeldt, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). Vittnesbördet som etisk grund i vårdandet. In K. Eriksson, & U.Å. Lindström (red.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s. 109–121). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Bearing witness as an ethical base in caring. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (Eds.), *Dawn II. Clinical caring science* (pp. 109–121). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Barbosa da Silva, A. (1993). *Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Stockholm: Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund, (SHSTF). [Science and view of human nature in nursing: An introduction to philosophy of science and caring ethics. Stockholm: Svenska hälso och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF).]
- Berdäev, N. A. (1990). *Historiens mening: ett försök till en filosofi om det mänskliga ödet*. Skellefteå, Sweden: Artos. [The meaning of history: An attempt at philosophy of human fate. Skellefteå, Sweden: Artos.]
- Bondas, T. (2000). *Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [To be with child: A study of women's lived experiences during the perinatal period from a caring science perspective. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: A tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11(6), 824–840.
- Caspari, S. (2004). *Det Gylde snitt*. In *Den estetiske dimensjon et etisk anliggende*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [The golden section. The aesthetic dimension—A source of health. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet—Ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Human dignity—A basic caring science concept. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Ekebergh, M. (2001). *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap. In Reflexionens betydelse för lärandet*. Doktorsavhandling, Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Acquiring caring science knowledge—The importance of reflection for learning. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Eriksson, K. (1974). *Vårdprocessen (kompendium)*. Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut. [The nursing care process (Compendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.]
- Eriksson, K. (1976). *Hälsa. En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsan och dess natur som mål för hälsovårdsutbildning*. Helsinki, Finland: Licentiatavhandling Institutionen för pedagogik, Helsingfors universitet. [Health. A conceptual analysis and theoretical study of health and its nature as a goal for health care education. Unpublished Licentiate thesis, Helsinki, Finland: Department of Education, University of Helsinki.]
- Eriksson, K. (1981). *Vårdprocessen—En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklande av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen, n. 94*. Helsinki, Finland: Helsingfors

- universitet, Pedagogiska Institutionen. [The nursing care process—An approach to curriculum construction within nursing education. The development of a model for the nursing care process and an approach for curriculum development based on the process of nursing care (No. 94). Helsinki, Finland: Department of Education, University of Helsinki.]
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of health. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1987a). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The pause: A description of the knowledge object of caring science. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1987b). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of caring. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1988). *Vårdvetenskap som disciplin, forsknings—och tillämpningsområde (Vårdforskningar 1/1988)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring science as a discipline, field of research and application (Caring research 1/1988). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1989). Caring paradigms. A study of the origins and the development of caring paradigms among nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(4), 169–176.
- Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård. Vårdforskningar 2/1990*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caritative caring—A positional analysis. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1991). *Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Bridges. Introduction to the methods of caring science (test ed.). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1992a). The alleviation of suffering—The idea of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 119–123.
- Eriksson, K. (1992b). Different forms of caring communion. *Nursing Science Quarterly*, 5, 93.
- Eriksson, K. (1992c). Nursing: The caring practice “being there.” In D. Gaut (Ed.), *The practice of caring in nursing* (pp. 201–210). New York: National League for Nursing Press.
- Eriksson, K. (1993). Lidandets idé. In K. Eriksson (red.), *Möten med lidanden*. Vårdforskning 4/1993 (s. 1–27). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The idea of suffering. In K. Eriksson (Ed.), *Encounters with suffering* (pp. 1–27). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1994a). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Förlag. [The suffering human being. Stockholm: Liber Förlag.] [English translation published in 2006 by Nordic Studies Press, Chicago.]
- Eriksson, K. (1994b). Theories of caring as health. In D. Gaut, & A. Boykin (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope* (pp. 3–20). New York: National League for Nursing Press.
- Eriksson, K. (Ed.). (1995). *Mot en caritativ vårdetik (Vårdforskning 5/1995)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Toward a caritative caring ethic (Caring research 5/1995). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1997a). Caring, spirituality and suffering. In M. S. Roach (Ed.), *Caring from the heart: The convergence between caring and spirituality* (pp. 68–84). New York: Paulist Press.
- Eriksson, K. (1997b). Perustutkimus ja käsiteanalyysi. In M. Paunonen, & J. Vehviläinen-Julkunen (Eds.), *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* (pp. 50–75). Finland: WSOY: Helsinki Porvoo. [Basic research and concept analysis. In M. Paunonen, & J. Vehviläinen-Julkunen, *The research methodology of caring science* (pp. 50–75). Helsinki Porvoo, Finland: WSOY.]
- Eriksson, K. (1998). Understanding the world of the patient, the suffering human being: The new clinical paradigm from nursing to caring. In C. E. Guzzetta (Ed.), *Essential readings in holistic nursing* (pp. 3–9). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Eriksson, K. (1999, November). *Teoriutveckling inom vårdvetenskapen. Human vetenskaplig angreppspunkt*. Stockholm: Nordisk Akademi för Sykepleievitenskap, Kongress i Stockholm. [Theory development in caring science. A humanistic approach. Stockholm: Nordisk Akademi for Sykepleievitenskap, Kongress i Stockholm.]
- Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin (Vårdforskning 7/2001)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring science as an academic discipline (Caring research 7/2001). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61–65.
- Eriksson, K. (2003). Ethos. In K. Eriksson, & U.Å. Lindström (Eds.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (pp. 21–34). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Ethos. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (Eds.), *Dawn II. Clinical caring science* (pp. 21–34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., Bondas-Salonen, T., Fagerström, L., et al. (1990). *Den mångdimensionella hälsan—En pilotstudie över uppfattningar bland patienter, skolungdomar och lärare (Projektrapport)*. Vaasa, Finland: Vasa Sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Multidimensional health—A pilot study of how patients, school students, and teachers experience health (Project Rep. 1). Vaasa, Finland: Vasa Sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Herberts, S. (1992). *Den mångdimensionella hälsan. En studie av hälsobilden hos sjukvårdsledare och sjukvårdspersonal (Projektrapport 2)*. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The multidimensional health. A study of the view of health among health care leaders and health care personnel (Project Rep. 2). Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (1997). Abduction—A way to deeper understanding of the world of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(4), 195–198.

- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2000). Siktet, sökandet, slutandet—Om den vårdvetenskapliga kunskapen. In K. Eriksson, & U.Å. Lindström (red.), *Gryning—En vårdvetenskaplig antologi* (s. 5–18). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [In the prospect of, searching for, and ending of—The caring science knowledge. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (Eds.), *Dawn. An anthology of caring science* (pp. 5–18). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. red. In K. Eriksson, & U.Å. Lindström (red.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s. 3–20). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Clinical caring science. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (Eds.), *Dawn II. Clinical caring science* (pp. 3–20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Nordman, T. (2004). *Trojanska hästen II. Utvecklande av evidensbaserade vårdande kulturer*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [*Trojan Horse II. The development of evidence-based caring cultures*. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi University.]
- Eriksson, K., Nordman, T., & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv (Rapport 1)*. Åbo Akademi: Institutionen för vårdvetenskap. Vaasa, Finland Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt. [*The Trojan horse. Evidence-based caring and nursing care in a caring science perspective*. (Report). Department of Caring Science. Vaasa, Finland: Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt.]
- Fagerström, L. (1999). *The patients' caring needs. To understand and measure the unmeasurable* [Doctoral dissertation. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Turku, Finland: Doktorsavhandling, Åbo Akademis Förlag. [*The caring conversation*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The patient's narrative of suffering—A path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 3–11.
- Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 10(2), 138–148.
- Fredriksson, L., & Lindström, U.Å. (2002). Caring conversations—Psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 396–404.
- Gadamer, H.-G. (1994). *Truth and method* (2nd rev. ed., J. Weinsheimer, & D. G. Marshall, Trans.). New York: Continuum.
- Gadamer, H. G. (2000). *Teoriens lovprisning*. Systeme: Århus. [Praise the theory. New Haven: Yale University Press, 1998.] [German orig: *Lob der Theorie*, 3. Auflage, 1991.]
- Gustafsson, L. K. (2008). *Försoning ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag. [*Reconciliation—From a caring perspective*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Hemberg, J., Syren, J., & Hemberg, H. (2018). Ethical leadership in a new light: As described by leaders in public healthcare. *International Journal for Human Caring*, 22(4), 179–188.
- Hilli, Y. (2007). *Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [*The home as ethos. A history of ideas study of how the home as ethos became evident in public health nurses' caring during the first half of the 20th century*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Kaila, E. (1939). *Den mänskliga kunskapen: vad den är och vad den icke är*. Helsinki, Finland: Söderström. [*Human knowledge: What it is and what it is not* (G. H. von Wright, Trans.). Helsinki, Finland: Söderström.]
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [*The caring relationship*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Kierkegaard, S. (1943). Antingen—Eller [Orig. 1843. Enten—Eller.]. Utgiver under pseudonymen Victor Eremita. Köpenhamn: Meyer. [Either/or. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1987.]
- Koort, P. (1975). *Semantisk analys och konfigurationsanalys*. Lund, Sweden: Studentlitteratur. [*Semantic analysis and analysis of configuration*. Lund, Sweden: Studentlitteratur.]
- Kuhn, T. (1971). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kurtén, T. (1987). *Grunder för en kontextuell teologi: ett wittgensteinskt sätt att närma sig teologin I diskussion med Anders Jeffner*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [*Bases for a contextual theology: A Wittgensteinian way of approaching theology in a discussion with Anders Jeffner*. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as a part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 198–205.
- Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 229–236.
- Janara, V. (1981). *Heroism as a nursing value*. Athens, Greece: Sisterhood Evniki.
- Langer, S. K. (1942). *Filosofi i en ny tonart*. Stockholm: Geber. [*Philosophy in a new key*. Stockholm: Geber.]
- Lassenius, E. (2005). *Rummet i vårdandets värld*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [*The space in the world of caring*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Lévinas, E. (1985). *Ethics and infinity*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Lévinas, E. (1988). *Etik och oändlighet*. Stockholm-Lund: Symposium. [*Ethics and infinity*. Stockholm-Lund: Symposium.]
- Lévinas, E. (1989). In S. Hand (Ed.), *The Lévinas reader*. Oxford: Blackwell.
- Lindholm, L. (1998). *Den unga människans hälsa och lidande*. Doktorsavhandling. Vaasa, Finland: Institutionen för

- vårdvetenskap, Åbo Akademi. [*The young person's health and suffering*. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Åbo Akademi, Department of Caring Science.]
- Lindholm, T. (2008). *Kaikki se kärsii? Parisuhdeväkivalta, kärsimys ja sen lievittäminen naisten ja miesten näkökulmasta*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis förlag. [*Love endures all things? Violence between spouses, suffering and alleviation of suffering from the viewpoint of women and men*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and to alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1354–1361.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1998). The dialectic of health and suffering: An ontological perspective on young people's health. *Qualitative Health Research*, 8(4), 513–525.
- Lindholm, L., Nieminen, A.-L., & Mäkelä, C., & Rantanen-Siljamäki, S. (2004). *Significant others—A source of strength in the care of women with breast cancer*. Unpublished paper.
- Lindström, U.Å. (1992). *De psykiatriska specialsjukskötarnas yrkesparadigm*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [*The professional paradigm of the qualified psychiatric nurses*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [*The body as a carrier of health and suffering*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Lukander, E. (1995). *Developing and testing a method: Nursing audit, for evaluation of nursing care*. Kuopio, Finland: Kuopion yliopisto Licentiate thesis.
- Martinsen, K. (Ed.). (1996). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo, Norway: TANO [*Phenomenology and care*. Oslo, Norway: TANO.]
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse*. Oslo: Akribi.
- Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutøvelse*. In *En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst*. Vaasa, Finland: *Doktorsavhandling*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [*When caring is an exercise of art. An examination of some necessary preconditions of nursing as art*. Doctoral dissertation, Vaasa, Finland: Åbo Akademi, Department of Caring Science.]
- Näsman, Y. (2010). *Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning—dygd som vårdetiskt grundbegrepp*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis förlag. [*Habits of the heart, benevolence of the mind, and deeds of the hand—Virtue as a basic concept in caring ethics*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Nilsson, B. (2004). *Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensamhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [*The tune of want in the loneliness melody*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Nyback, M.-H. (2008). *Generic and professional caring in a Chinese setting—An ethnographic study*. [Doctoral dissertation. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Nygren, A. (1966). *Eros och agapé*. Stockholm: Aldus Bonniers. [*Eros and agapé*. Stockholm: Aldus Bonniers.]
- Nygren, A. (1972). *Meaning and method: Prolegomena to a scientific philosophy of religion and a scientific theology*. London: Epworth Press.
- Ostman, L., Nasman, Y., Eriksson, K., & Nystrom, L. (2019). Ethos: The heart of ethics and health. *Nursing Ethics*, 26(1), 26–36.
- Pascal, B. (1971). *Tankar*. Uddevalla, Sweden: Bohusläningens AB. [*Thoughts*. Uddevalla, Sweden: Bohusläningens AB.]
- Peirce, C. S. (1990). *Pragmatism och kosmologi. Valda uppsatser*. Gothenburg, Sweden: Daidalos. [*Pragmatism and cosmology (Chosen essays)*. Gothenburg, Sweden: Daidalos.]
- Popper, K. R. (1997). *Popper i urval av Miller. Kunskapsteori, vetenskapsteori*. Stockholm: Thales. [*Popper in selection of Miller. Theory of knowledge and theory of science*. Stockholm: Thales.]
- Råholm, M.-B. (2003). *I kampens och modets dialektik*. In *Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [*In the dialectic of struggle and courage*. Dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Råholm, M.-B., & Lindholm, L. (1999). Being in the world of the suffering patient: A challenge to nursing ethics. *Nursing Ethics*, 6, 528–539.
- Råholm, M.-B., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering—An interpretative research synthesis. *Australian Journal of Holistic Nursing*, 9, 4–12.
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt*. In *Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [*Power as authority. A caring science perspective*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Sivonen, K. (2000). *Värden och det andliga*. In *En bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [*Care and the spiritual dimension. A definition of the concept of "spiritual" in a caring science perspective*. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- St. Augustine, A. (1957). *Bekännelser*. Stockholm: Söderström. [*Confessions*. Stockholm: Söderström.]
- Törnebohm, H. (1978). *Paradigm i vetenskapsteori (Del 2. Rapport nr. 100)*. Gothenburg, Sweden: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet. [*Paradigms in the theory of science (Part 2 Report nr. 100)*. Gothenburg, Sweden: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet.]
- Turtiainen, A.-M. (1999). *Hoitotyön käytännön kuvaamisen yhtenäistäminen: Belgialaisen hoitotyön minimiiedoston (BeNMDS) kulttuurinen adaptio Suomeen*. Kuopio, Finland: *Doktorsavhandling*. Väitöskirja, Kuopion yliopisto. [*Methods to describe nursing with uniform language: The cross-cultural adaptation process of the Belgium Nursing Minimum Data Set in Finland*. Doctoral dissertation, Kuopio, Finland: Kuopio University.]
- von Post, I. (1999). *Professionell naturlig vård ur anestesi och operationassjuksköterskors perspektiv*. Turku, Finland:

- Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [Professional natural care from the perspective of nurse anesthetists and operating room nurses. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- von Wright, G. H. (1986). *Vetenskapen och förnuftet*. Helsinki, Finland: Söderström. [Science and reason. Helsinki, Finland: Söderström.]
- Wallinvirta, E. (2011). *Ansvar som klangbotten i vårdandets meningssammanhang*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag. [Responsibility as sounding board in the caring's context of meaning. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Wärnå, C. (2002). *Dygd och hälsa*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Virtue and health. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Wiklund, L. (2000). *Lidandet som kamp och drama*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Suffering as struggle and as drama. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Wingren, G. (1996). *Predikan: en principiell studie*. Lund, Sweden: Gleerup. [The sermon: A study based on principles. Lund, Sweden: Gleerup.]
- models and concept systems for the development of the science. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 17(2), 66–70.]
- Eriksson, K. (1982). Sjukskötarens strävan efter högskoleutbildning. *Kasvatus*, 13(3), 192–194. [The nurses strive for a university education. *Kasvatus*, 13(3), 192–194.]
- Eriksson, K. (1989). Det finns en gemensam substans i allt vårdandet. *Vård i Norden*, 15(2), 27–28. [There is a common substance in all caring. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 15(2), 27–28.]
- Eriksson, K. (1989). Motivforskning inom vårdvetenskapen. En beskrivning av vårdvetenskapens grundmotiv. *Hoitotiede*, 1(2), 61–67. [Motive research within caring science. A description of the basic motive in caring science. *Journal of Nursing Science*, 1(2), 61–67.]
- Eriksson, K. (1990). Systematic and contextual caring science. A study of the basic motive of caring and context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(1), 3–5.
- Eriksson, K. (1994). Hälsovårdskandidatutbildningen vid Helsingfors universitet—Historisk tillbakablick och visioner. *Hoitotiede*, 3, 122–126. [The bachelor's degree in health care at Helsinki University—A historical retrospect and visions. *Journal of Nursing Science*, 3, 122–126.]
- Eriksson, K. (1995). *Teologi og bioetik*. In *Vård i Norden*, 1, 33. [Theology and bio-ethics. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 1, 33.]
- Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being—The new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 8–13.
- Eriksson, K. (1998). Hälsans tragedy. *Finsk tidskrift*, 10, 590–599. [The tragedy of health. *Finsk tidskrift*, 10, 590–599.]
- Eriksson, K. (2007). Becoming through suffering—The path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*, 11(2), 8–16.
- Eriksson, K., Bondas, T., Lindholm, L., Kasén, A., & Matilainen, D. (2002). Den vårdvetenskapliga forskningstraditionen vid Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi Hoitotiede, 14(6), 307–315. [The tradition of research at the Department of Caring Science, Åbo Akademi University. *Journal of Nursing Science*, 14(6), 307–315.]
- Eriksson, K., Herberts, S., & Lindholm, L. (1994). Bilder av lidande—Lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. *Hoitotiede*, 4, 155–162. [Views of suffering—Suffering in the light of current research within caring science. *Journal of Nursing Science*, 4, 155–162.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (1999). Abduktion och pragmatism—Två vägar till framsteg inom vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, 11(5), 292–299. [Abduction and pragmatism—Two ways to progress within caring science. *Journal of Nursing Science*, 11(5), 292–299.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (1999). En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, 11(6), 358–364. [A theory of science for caring science. *Journal of Nursing Science*, 11(6), 358–364.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (1999). The fundamental idea of quality assurance. *International Journal for Human Caring*, 3(3), 21–27.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Artículos en revistas científicas con práctica de revisión por pares

- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 248–256.
- Blegen, N., Eriksson, K., & Bondas, T. (2014). Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 852–860.
- Caspari, S., Eriksson, K., & Näden, D. (2011). The importance of aesthetic surroundings: A study interviewing experts within different aesthetic fields. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 134–142.
- Caspari, S., Näden, D., & Eriksson, K. (2006). The aesthetic dimension in hospitals—An investigation into strategic plans. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 851–859.
- Caspari, S., Näden, D., & Eriksson, K. (2007). *Why not ask the patient? An evaluation of the aesthetic surroundings in hospital by patients*. *Quality Management in Health Care*, 16(3), 280–292.
- Eriksson, K. (1976). Nursing—Skilled work or a profession?. *International Nursing Review*, 23(4), 118–120.
- Eriksson, K. (1980). Hoitotieteen loogiset ja tieteenteoreettiset perusteet. *Sosiaalinen aikakauskirja*, 14(5), 6–10. [The theory of science and logical basics of caring science. *Sosiaalinen aikakauskirja*, 14(5), 6–10.]
- Eriksson, K. (1980). Hoitotieteen teoreettisista malleista, käsitejärjestelmistä ja niiden merkityksestä alan kehittämisessä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 17(2), 66–70. [The importance of caring scientific theoretical

- Eriksson, K., & von Post, I. (1999). A hermeneutic textual analysis of suffering and caring in the peri-operative context. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 983–989.
- Fagerström, L., Eriksson, K., & Bergbom Engberg, I. (1998). The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 978–987.
- Fagerström, L., Eriksson, K., & Bergbom Engberg, I. (1999). The patient's perceived caring needs—Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5(4), 199–208.
- Foss, B., Nåden, D., & Eriksson, K. (2014). Toward a new leadership model: To serve in responsibility and love. *International Journal for Human Caring*, 18(3), 43–51.
- Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The patient's narrative of suffering—A path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 3–11.
- Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 10(2), 138–148.
- Herberts, S., & Eriksson, K. (1995). Nursing leaders' and nurses' view of health. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 868–878.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123–132.
- Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as a part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 198–205.
- Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). A theoretical approach to documentation of care. *Nursing Science Quarterly*, 17(3), 2–6.
- Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation on nursing care on the basis of a theoretical caring process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 229–236.
- Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2005). Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management*, 13, 202–208.
- Korhonen, E.-S., Nordman, T., & Eriksson, K. (2014). Determination of concept technology—The ontology of the concept as a component in caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 867–877.
- Levy-Malmberg, R., & Eriksson, K. (2010). Legitimizing basic research by evaluating quality. *Nursing Ethics*, 17(1), 107–116.
- Levy-Malmberg, R., Eriksson, K., & Lindholm, L. (2008). Caritas—Caring as an ethical conduct. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 662–667.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and to alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1354–1361.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1998). The dialectic of health and suffering: An ontological perspective on young people's health. *Qualitative Health Research*, 8(4), 513–525.
- Lindholm, T., & Eriksson, K. (2011). Caring of the patients suffering from violence between spouses—Intersectional encounters. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 72.
- Lindwall, I., von Post, I., & Eriksson, K. (2010). Clinical research with a hermeneutical design and an element of application. *International Journal of Qualitative Methods*, 9(2), 172–186.
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2000). The phenomenon of confirmation—An aspect of nursing as an art. *International Journal for Human Caring*, 4(3), 23–28.
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2002). Encounter: A fundamental category of nursing as an art. *International Journal for Human Caring*, 6(1), 34–40.
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2003). Semantisk begrepsanalyse—Et grunnleggende aspekt i en disiplins teoriutvikling. *Vård i Norden*, 23(1), 21–26. [Semantic concept analysis—A fundamental aspect in the theory development of a discipline. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 23(1), 21–26.]
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2004). Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86–91.
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2004). Values and moral attitudes in nursing care. Understanding the patient perspective. *Norsk Tidsskrift for Sygepleieforskning*, 6(1), 3–17.
- Näsman, Y., Nyström, L., & Eriksson, K. (2011). Virtue, ethics and quality of care. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 74.
- Nordman, T., Santavirta, N., & Eriksson, K. (2008). Developing an instrument to evaluate suffering related to care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 608–615.
- Råholm, M.-B., & Eriksson, K. (2001). Call to life: Exploring the spiritual dimension as a dialectic between suffering and desire experienced by coronary bypass patients. *International Journal for Human Caring*, 5(1), 14–20.
- Råholm, M.-B., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering: An interpretative research synthesis. *The Australian Journal of Holistic Nursing*, 9(1), 4–13.
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 264–272.
- Roxberg, Å., Rehnsfeldt, A., Fridlund, B., & Eriksson, K. (2008). The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1079–1087.
- Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The development of caring in the perioperative culture—Nurse leaders' perspective on the struggle to retain sight of the patient. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 312–324.
- Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 905–915.
- Rykkje, L., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2011). A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 40–53.
- Sivonen, K., Kasén, A., & Eriksson, K. (2010). Semantic analysis according to Peep Koort—A substance-oriented research methodology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 12–20.
- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2014). Kierkegaard's works of love reflected through the lens of caring. *International Journal for Human Caring*, 18(3), 36–41.

- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2015). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 353–360.
- von Post, I., & Eriksson, K. (2000). The ideal and practice concepts of “professional nursing care. *International Journal for Human Caring*, 4(1), 14–22.
- Wärnå, C., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2007). Virtue and health—Finding meaning and joy in working life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 191–198.
- Wärnå, C., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2008). Virtue and health—Describing virtue as a path to the inner domain of health. *International Journal for Human Caring*, 12(1), 17–24.
- Wikberg, A., & Eriksson, K. (2008). Intercultural caring—An abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 485–496.
- Wiklund-Gustin, L., & Eriksson, K. (2009). The drama of suffering as narrated by patients who have undergone coronary bypass surgery. *International Journal for Human Caring*, 13(4), 17–25.
- Wikström-Grotell, C., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Det mångdimensionella rörelsebegreppet i fysioterapi—En kontextuell analys. *Nordisk Fysioterapi*, 6, 146–184. [The multidimensional concept of movement in physiotherapy—A contextual analysis. *Nordisk Fysioterapi*, 6, 146–184.]
- Artículos en obras de compilación y actas con práctica de revisión por pares**
- Trabajos de compilación**
- Eriksson, K. (1977). *Hälsa—En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsa och dess nature*. In *I Sairaanhoidon vuosikirja XIV*, s. (55–195). [Health—A conceptual analysis and theoretical study of health and its nature. In *Health care yearbook XIV* (pp. 55–195). Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1994). Vårdvetenskapen som autonom discipline. In H. Willman (Ed.), *Hygieia. Hoitotyön vuosikirja 1994* (pp. 87–91). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä. [Caring science as an autonomous discipline. In H. Willman (Ed.), *Hygieia. Nursing yearbook 1994* (pp. 87–91). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.]
- Eriksson, K. (1996). Efterskrift --Om vårdvetenskapens möjligheter och gränser. In K. Martinsen (red.), *Fenomenologi og omsorg* (s. 140 -150). Oslo, Norway: TANO. [Postscript --About the possibilities and boundaries of caring science. In K. Martinsen (Ed.), *Phenomenology and caring* (pp. 140 -150). Oslo, Norway: TANO.]
- Eriksson, K. (1996). Om dokumentation—Vad den är och inte är. In K. Dahlberg (Ed.), *Konsten att dokumentera omvårdnad* (pp. 9–13). Lund, Sweden: Studentlitteratur. [On documentation—What it is and what it is not. In K. Dahlberg (Ed.), *The art of documenting care* (pp. 9–13). Lund, Sweden: Studentlitteratur.]
- Eriksson, K. (1996). Om människans värdighet. In T. Bjerkreim, J. Mathinsen, & R. Nord (Eds.), *Vision, viten og virke. Festskrift till sykepleieren Kjellaug Lerheim, 70 år* (pp. 79–86). Oslo, Norway: Universitetsforlaget. [On human dignity. In T. Bjerkreim, J. Mathinsen, & R. Nord (Eds.), *Vision, knowledge and influence. Jubilee-script for the nurse Kjellaug Lerheim, 70 years* (pp. 79–86). Oslo, Norway: Universitetsforlaget.]
- Eriksson, K. (1997). *Mot en värdetisk teori*. In *I Hoitotyön vuosikirja 1997* (pp. 9–23). Helsinki, Finland: ProNursing RY:n vuosikirja, Hygieia. sKirjayhtymä. [Toward an ethical caring theory. In *Nursing yearbook 1997. Pro Nursing RY:s yearbook, Hygieia* (pp. 9–23). Helsinki, Finland: Kirjayhtymä.]
- Eriksson, K. (1998). Epione—Vårdandets ethos. I *Epione, Jubileumsskrift 1898–1998*. Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen. Epione—The ethos of caring. In *Epione, Jubilee-script 1898–1998*. Helsinki, Finland: SSY-Sjuksköterskeföreningen.]
- Eriksson, K. (1998). Människans värdighet, lidande och lidandets ethos. I *Suomen Mielenterveysseura, Tuhkaa ja linnunrata. Henkisyys mielenterveystyössä* (s. 67–82). Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut. [Human dignity, suffering and the ethos of suffering. In *Ashes and the Milky Way: Spirituality in mental health care nursing* (pp. 67–82). Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut.]
- Eriksson, K. (1999). Tillbaka till Popper och Kuhn—En evolutionär epistemologi för vårdvetenskapen. In J. Kinnunen, P. Meriläinen, K. Vehviläinen-Julkunen, & T. Nyberg (Eds.), *Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilla tiedon valtatielle. Professor Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlaakirja* (pp. 21–35). Kuopio, Finland: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 74. [Back to Popper and Kuhn—An evolutionary epistemology for caring science. In J. Kinnunen, P. Meriläinen, K. Vehviläinen-Julkunen, & T. Nyberg (Eds.), *The multidisciplinary health science university education and research. Paths to the highway of science. A jubilee book dedicated to Professor Sirkka Sinkkonen* (pp. 21–35). Kuopio, Finland: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 74.]
- Eriksson, K. (1999). Vårdvetenskapen—En akademisk disciplin. In S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkonen, & M. Toljamo (Eds.), *Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannelle. Professori Maija Hentisen juhlaakirja* (pp. 59–64). Oulu, Finland: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. [Caring science—An academic discipline. In S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkonen, & M. Toljamo (Eds.), *The Finnish caring science in the new millennium. A jubilee-script dedicated to Professor Maija Hentinen* (pp. 56–64). Oulu, Finland: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2.]
- Eriksson, K. (2000). Caritas et passio—Liebe und leiden—Als grundkategorien der pflegewissenschaft. In T. Strom (Ed.), *Diakonie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Diakoniewissenschaftlichen Instituts*. Heidelberg, Germany: Universität Heidelberg. [Caritas et passio—Love and suffering as basic categories in caring science. In T. Strom, *The diaconate on the threshold of the new millennium*. Heidelberg, Germany: Diakoniewissenschaftlichen Instituts, Universität Heidelberg.]
- Eriksson, K. (2002). Rakkaus—Diakoniatieteen ydin ja ethos?. In M. Lahtinen, & T. Toikkanen (Eds.), *Anno Domini. Diakoniatieteen vuosikirja 2002* (pp. 155–164). Tampere,

- Finland: Tamperepaino. [Love—The core and ethos of deacony? In M. Lahtinen & T. Toikkanen (Eds.), *Anno Domini. Diakonic yearbook 2002* (pp. 155–164). Tampere, Finland: Tamperepaino.]
- Eriksson, K. (2003). Diakonian erityisyys hoitotyössä. In M. Lahtinen, & T. Toikkanen (Eds.), *Anno domini. Diakoniatieteen vuosikirja 2003* (pp. 120–126). Tampere, Finland: Tamperepaino. [The uniqueness of deacony in nursing. In M. Lahtinen & T. Toikkanen (Eds.), *Anno Domini. Diakonic yearbook 2003* (pp. 120–126). Tampere, Finland: Tamperepaino.]
- Eriksson, K. (2009). Evidens—Det sanna, det sköna, det goda och det eviga. In K. Martinsen, & K. Eriksson (Eds.), *Å se og innse. Om ulike former for evidens* (pp. 35–80). Oslo, Norge: Akriben. [Evidence—The true, the beautiful, the good and the eternal. In K. Martinsen & K. Eriksson, *To see and to understand. About different forms of evidence* (pp. 35–80). Oslo, Norway: Akriben.]
- Eriksson, K., & Hamrin, E. (1988). Vårdvetenskapen formas—En tillbakablick och ett framtidsperspektiv. I *Panakeia, vårdvetenskaplig årsbok* (s. 9–16). Stockholm: Almqvist & Wiksell. [Caring science is formed—A historical and futuristic perspective. In *Panakeia, caring science yearbook* (pp. 9–16). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K., & Lindholm, T. (2010). "Love endures all things?" Violence between spouses, suffering, and alleviation of suffering—developing a theory model. *International Journal for Human Caring*, 14(3), 72.
- Libros y monografías**
- Eriksson, K. (1976). *Hoitotapahtuma. Hoito-oppi 2*. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [The nursing care process. Nursing science 2. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1981). *Vårdprocessen—En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklande av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen* (Nr. 94). Helsinki, Finland: Helsingfors universitet, Pedagogiska Institutionen. [The nursing care process—An approach to curriculum construction within nursing education. The development of a model for the nursing care process and an approach for curriculum development based on the process of nursing care (No. 94). Helsinki, Finland: Department of Education University of Helsinki.]
- Eriksson, K. (1982). *Vårdprocessen (2:a uppl)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The nursing care process (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1985). *Vårdprocessen (3:e uppl)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The nursing care process (3rd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1986). *Hoito-opin didaktiikka*. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [The didactics of caring science. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1986). *Introduktion till vårdvetenskap (2:a uppl)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [An introduction to caring science (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1987). *Hoitamisen idea. Forssa*. Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [The idea of caring. Forssa, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of caring. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1988). *Hoito tieteenä. Forssa*. Sweden: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [Caring as a science. Forssa, Sweden: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1989). *Caritas-idea*. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [The idea of caritas. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé (2:a uppl)*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of health (2nd ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (1989). *Terveiden idea*. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [The idea of health. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske (Danish translation)*. Copenhagen: Munksgaard. [The suffering human being (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard.]
- Eriksson, K. (1995). *Den lidende menneske (Norwegian translation)*. Oslo: TANO. [The suffering human being (Norwegian translation). Oslo: TANO.]
- Eriksson, K. (1996). *Omsorgens idé (Danish translation)*. Copenhagen: Munksgaard. [The idea of caring (Danish translation). Copenhagen: Munksgaard.]
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé (Kassettband)*. Talboksoch punktskriftsbiblioteket. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [The idea of caring (Audiotape). Talboksoch punktskriftsbiblioteket. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Eriksson, K. (2001). *Gesundheit. Ein Schlüsselbegriff der Pflegetheorie. (German translation)*. Bern, Germany: Verlag Hans Huber. [The idea of health (German translation). Bern, Germany: Verlag Hans Huber.]
- Eriksson, K., & Barbosa da Silva, A. (Eds.). (1994). *Usko ja terveys—johtatus hoitoteologiaan. (Finnish translation)*. Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö. [Caring theology (Finnish translation). Helsinki, Finland: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.]
- Eriksson, K., Byfält, H., Leijonqvist, G.-B., Nyberg, K., & Uuspää, B. (1986). *Vårdteknologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. [Caring technology. Stockholm: Almqvist & Wiksell.]
- Publicaciones en departamentos y universidades**
- Eriksson, K. (1991). Att lindra lidande. In K. Eriksson, & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991* (pp. 204–221). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [To alleviate suffering. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Caring theology* (pp. 204–221). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1991). Vårdteologins framväxt. In K. Eriksson, & A. Barbosa da Silva (red.). *Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991* (s. 1–25). [The growth of caring theology. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Caring theology* (pp. 1–25). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Vårdforskning 4/1993. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Encounters with suffering. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

- Eriksson, K. (1995). *Den mångdimensionella hälsan—Verklighet och visioner*. Slutrapport. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Multidimensional health—Visions and reality. Final report. Vaasa, Finland: Vasa sjukvårdsdistrikt kf. och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1995). Vad är vårdeetik? In K. Eriksson (Ed.), *Mot en caritativ vårdeetik. Vårdforskning 5/1995* (pp. 1–8). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [What is caring ethic? In K. Eriksson (Ed.), *Toward a caritative caring ethic* Caring research 5/1995. (pp. 1–8). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (1997). Att insjukna i demens—Ett tungt lidande för patient och anhöriga. In B. Beck-Friis, & G. Grahm (Eds.), *Leva med demenshandikapp*. Lund, Sweden: Lunds universitet: Stiftelsen Silviahemmet. [Becoming ill with dementia—A burdensome suffering for the patient and his/her family. In B. Beck-Friis & G. Grahm (Eds.), *Living with the handicap of dementia (Action in favor of people suffering from neurodegenerative diseases)*. Lund, Sweden: Lunds universitet, Stiftelsen Silviahemmet.]
- Eriksson, K. (1998). Vårdvetenskapens framväxt som akademisk disciplin—Ett finlandssvenskt perspektiv. In K. Eriksson (Ed.), *Jubileumsskrift 1987–1997* (pp. 1–7). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The growth of caring science as an academic discipline—A Finland-Swedish perspective. In K. Eriksson (Ed.), *Jubilee-script 1987–1997* (pp. 1–7). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (2002). *Den trojanske hest*. Copenhagen: Evidensbaseret og sygepleje. (Danish translation). Gads Förlag. [The Trojan horse. Evidence-based nursing and caring through a caring science perspective (Danish translation). Copenhagen: Gads Förlag.]
- Eriksson, K. (2002). Idéhistoria som deldisciplin inom vårdvetenskapen. In K. Eriksson, & D. Matilainen (Eds.), *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis."* Vårdforskning 8/2002 (pp. 1–14). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The history of ideas as a sub-discipline within caring science. In K. Eriksson & D. Matilainen (Eds.), *The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis."* Caring research 8/2002 (pp. 1–14). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K. (2002). Vårdandets idéhistoria. In K. Eriksson, & D. Matilainen (Eds.), *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis."* Vårdforskning 8/2002 (pp. 15–34). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The history of ideas of caring. In K. Eriksson & D. Matilainen (Eds.), *The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis."* Caring research 8/2002 (pp. 15–34). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Barbosa da Silva, A. (1991). Vårdteologi som vårdvetenskapens deldisciplin. In K. Eriksson, & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991* (pp. 26–64). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Caring theology as a sub-discipline of caring science. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Caring theology. Caring research 3/1991* (pp. 26–64). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Herberts, S. (1991). Tron i hälsans tjänst. In K. Eriksson, & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991* (pp. 222–258). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Faith in the service of health. In K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Eds.), *Caring theology. Caring research 3/1991* (pp. 222–258). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Herberts, S. (1993). Lidande—En begreppsanalytisk studie. In K. Eriksson (Ed.), *Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993* (pp. 29–54). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [A study of suffering—A concept analysis. In K. Eriksson (Ed.), *Encounters with suffering. Caring research 4/1993* (pp. 29–54). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., Herberts, S., & Lindholm, L. (1993). Bilder av lidande—Lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. In K. Eriksson (Ed.), *Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 suffering* (pp. 55–78). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Views of suffering—Suffering in the light of current caring science research. In K. Eriksson (Ed.), *Encounters with suffering. Caring research 4/1993* (pp. 55–78). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Koort, P. (1973). *Sjukvårdspedagogik (Kompendium)*. Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut. [The pedagogy of nursing care (Compendium). Helsinki, Finland: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.]
- Eriksson, K., & Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur ett psykiatriskt vårdperspektiv—En casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. In K. Eriksson (Ed.), *Möten med lidanden. Vårdforskningar 4/1993 suffering* (pp. 79–137). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Love and suffering through a psychiatric caring perspective—A case study of the encounters with human love and suffering. In K. Eriksson (Ed.), *Encounters with suffering. Caring research 4/1993* (pp. 79–137). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2000). *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Dawn. An anthology of caring science. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2000). Siktet, Sökandet, slutandet. In K. Eriksson, & U.Å. Lindström (Eds.), *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi* (pp. 5–18). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Envisioning, seeking and ending. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (Eds.), *Dawn. An anthology of caring science* (pp. 5–18). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]

- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. In K. Eriksson, & U.Å. Lindström (Eds.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (pp. 3–20). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Clinical caring science. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (Eds.), *Dawn II. Clinical caring science* (pp. 3–20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2007). Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund—några grunddrag. In K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen, & L. Lindholm (Eds.), *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (pp. 5–20). Vaasa, Finland: Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The theory of science for caring science on a hermeneutic foundation—some basic features. In K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen, & L. Lindholm (Eds.), *Dawn III. Caring science and hermeneutics* (pp. 5–20). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Matilainen, D. (2002). *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria*. In *Strövtåg i spåret av "caritas originalis."* Vårdforskning 8/2002. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [Eriksson, K., & Matilainen, D. (Eds.). The history of ideas of caring and caring science. Wanderings in search of "caritas originalis." Caring research 8/2002. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., & Matilainen, D. (2004). *Vårdvetenskapens didaktik. Caritativ didaktik i vårdandets tjänst. Vårdforskningar 9/2004*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The didactics of caring science. Caritative didactics in the service of caring. Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Eriksson, K., Nordman, T., & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv cultures (Rap. 1)*. Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt. [The Trojan horse II—Development of evidence-based caring cultures (Rep. 1). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi; Helsingfors universitetscentralsjukhus & Vasa sjukvårdsdistrikt.]
- Herberts, S., & Eriksson, K. (1995). Vårdarnas etiska profil. In K. Eriksson (Ed.), *Mot en caritativ vårdetik. Vårdforskning 5/1995* (pp. 41–62). Vaasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. [The ethical profile of the carers. In K. Eriksson (Ed.), *Toward a caritative caring ethic. Caring research 5/1995* (pp. 41–62). Vaasa, Finland: Department of Caring Science, Åbo Akademi.]
- Fuentes secundarias**
- Tesis doctorales**
- Blegen, N. (2015). *Kallet til livets embete: mødre i helse og lidelse*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [The call to the ministry of life. Mothers in the health and suffering. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Frilund, M. (2013). *En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [A synthesis of caring science and nursing intensity. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Foss, B. (2012). *Ledelse—en bevegelse i ansvar og kjærlighet*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis förlag. [Leadership—A movement in responsibility and love. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Gabrielsen, E. (2014). *Det hjemløse menneske En studie av sykdom og lidelse. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [The homeless human being—a study of disease, illness and suffering. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Helin, K. (2011). *Den vårdande och helande bilden—möten med bildkonst i vårdandets värld*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis förlag. [The caring and healing image—Encountering works of visual art in the caring context. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Hemberg, J. (2015). *Livets källa kärleken: hälsans urkraft. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [The source of life, love—Health's primordial wellspring of strength. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Högström, M. (2016). *Den Äldsta—Livet är ett tillägnande. In En vårdvetenskaplig explorativ studie av ett meningsbärande budskap och innerlig visdom. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [The Eldest—Life is acquiring. An explorative study in caring science of a meaningful message and an innermost wisdom. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Honkavuo, L. (2014). *Serva ad ministrare. Tjänandets ethos i vårdledarskap. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Serva ad ministrare. The ethos of serving in nursing leadership. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Karlsson, M. (2013). *Bry sig om—ett vårdvetenskapligt praxisbegrepp*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis Förlag. [To care for—A caring science praxis concept. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Koskinen, C. (2011). *Lyssnande—en vårdvetenskaplig betraktelse*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis förlag. [Listening—A caring science reflection. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Koslander, T. (2011). *Ljusets gemenskap—en gestaltning av den andliga dimensionen i vårdandet*. Turku, Finland: *Doktorsavhandling*. Åbo Akademis förlag. [The Communion of the Light—Shaping of spiritual dimension in the caritative caring. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Levy-Malmberg, R. (2010). *Interpretive dialogical evaluation. Evaluating caring science basic research [Doctoral dissertation]*. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.
- Lindberg, S. (2013). *I hälsans spelrum: lek på vårdandets scen. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag.

- [In the playhouse of health—Play on the stage of caring. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Melheim, A. (2014). *Bevegelsens lindring - lindringens bevegelse. Omsorgssamtale med barn. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [The alleviation of movement—The movement of alleviation. Caring conversations with children. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Nyback, M.-H. (2008). *Generic and professional caring in a Chinese setting—An ethnographic study*. [Doctoral dissertation. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Nyholm, L. (2015). *Urvilja: när livet är människans hem*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Will—When life is the home of the human being. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Rydenlund, K. (2012). *Vårdandets imperativ i de yttersta livsrummen. Hermeneutiska vårdande samtal inom den rättspsykiatriska vården. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis förlag. [The imperative of caring in extreme living-spaces—Hermeneutical caring conversations in forensic psychiatric care. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Rykkje, L. (2014). *Kjærlighet i forbundethet—en kraft i gamle menneskers åndelighet og verdighet. Doktorsavhandling*. Turku, Finland: Åbo Akademis Förlag. [Love in connectedness—A force in older people's spirituality and dignity. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Salmela, S. (2012). *Leda förändring genom relationer, processer och kulturer*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Leading change by leading relationships, processes and cultures. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Sandvik, A.-H. (2015). *Att bli en 'caring' sjukskötare—kärnan i vårdutbildningen*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Becoming a caring nurse—The heart of the matter in nurse education. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Selander, G. (2014). *Glädje i vårdandets värld*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Joy in the world of Caring. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Ueland, V. (2013). *Lengsel—en kraft til helse*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [Longing—A force to health. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]
- Wikberg, A. (2014). *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande—att föda barn i en annan kultur*. Turku, Finland: Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag. [A caring science theory on intercultural caring—Giving birth in another culture. Doctoral dissertation, Turku, Finland: Åbo Akademi University Press.]

Modelos conceptuales en enfermería

- Los modelos conceptuales en enfermería son conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva y producen evidencia entre los fenómenos específicos de la disciplina.
- Los modelos conceptuales abordan conceptos paradigmáticos amplios (seres humanos, salud, enfermería y medio ambiente) que son fundamentales para su significado en el contexto de un marco particular y la disciplina enfermera.
- Los modelos conceptuales en enfermería proporcionan perspectivas con diferentes enfoques para el pensamiento crítico sobre las personas, las familias y las comunidades y para tomar decisiones de enfermería con conocimiento de causa.
- Los modelos conceptuales en enfermería proporcionan una perspectiva a la enfermería para el desarrollo de la teoría en varios niveles de abstracción.



Myra Estrin Levine: el modelo de la conservación

Linda C. Mefford*



Myra Estrin Levine
(1921-1996)

«El objetivo de todos los cuidados de enfermería debe ser promover la plenitud, comprendiendo que para cada individuo eso requiere un conjunto de actividades único y separado. La integridad del individuo –su individualidad, su identidad como tal y su plenitud– es una preocupación clave, y es responsabilidad de las enfermeras ayudarlo a defender estos aspectos y conseguir desarrollarlos.»

(Levine, 1971a, p. 258)

«Para que una enfermera pueda aplicar los cuatro principios de la conservación, es esencial que identifique los patrones específicos de adaptación en cada paciente. De este modo, es posible elaborar planes de cuidados de enfermería realmente centrados en el paciente. Comprender el mensaje y darle respuesta de forma exacta constituyen la esencia de la ciencia enfermera.»

(Levine, 1967b, p. 47)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES[†]

Myra Estrin Levine siguió una carrera variada. Fue enfermera privada (1944), enfermera civil de la Armada de EE. UU. (1945), instructora preclínica de Ciencias Físicas en la Facultad de Enfermería de Cook County (1947-1950), directora de enfermería en el Drexel Home en Chicago (1950-1951) y supervisora quirúrgica en la University of Chicago Clinics (1951-1952) y el Henry Ford Hospital de Detroit (1956-1962). Levine fue ascendiendo en el escalafón académico en el Bryan Memorial Hospital de Lincoln, Nebraska (1951), la Facultad de Enfermería de Cook County (1963-1967), la Loyola University (1967-1973), la Rush University (1974-1977) y la University of Illinois (1962-1963, 1977-1987). Fue directora del Departamento de Enfermería Clínica en la Facultad de Enfermería de Cook County (1963-1967) y coordinadora del

programa en Oncología para graduados en Enfermería en la Rush University (1974-1977). Levine fue directora del Departamento de Formación Continuada (de marzo a junio de 1974) y consultora (julio de 1974-1976) del Evanston Hospital. Fue también profesora asociada de Estudios Humanísticos de la University of Illinois (1981-1987). En 1987 la nombraron profesora emérita de Enfermería Médico-Quirúrgica de la University of Illinois en Chicago. En 1974 Levine viajó a la Tel-Aviv University, Israel, como profesora asociada visitante y de nuevo como profesora visitante en 1982. También fue profesora visitante de la Facultad de Enfermería Recanati, en la Ben Gurion University of the Negev en Beer Sheva, Israel (de marzo a abril de 1982).

Levine recibió numerosos reconocimientos, entre ellos los de ser miembro fundador de la American Academy of Nursing (1973), miembro honorario de la American Mental Health Aid to Israel (1976) y haber recibido el reconocimiento honorífico de la Illinois Nurses Association (1977). Fue la primera persona que recibió el Premio Elizabeth Russell Belford para la excelencia en la docencia de Sigma Theta Tau (1977). Tanto la primera como la segunda edición de su libro *Introduction to Clinical Nursing* (Levine, 1969a, 1973) recibieron el Premio al Libro del Año del *American Journal of*

*Autoras anteriores: Karen Moore Schaefer, Gloria S. Artigue, Karen J. Foil, Tamara Johnson, Ann Marriner Tomey, Mary Carolyn Poat, LaDema Poppa, Roberta Woeste y Susan T. Zoretich.

†La información de este apartado proviene de la autobiografía de Levine (1988a), de su *curriculum vitae* y del programa de la Mid-Year Convocation de 1992 de la Loyola University, Chicago.

Nursing, y su libro *Renewal for Nursing* fue traducido al hebreo (Levine, 1971c). Levine fue incluida en las listas *Who's Who in American Women* (1977–1988) y *Who's Who in American Nursing* (1987). Fue elegida miembro del Institute of Medicine de Chicago (1987–1991). El Alpha Lambda Chapter de Sigma Theta Tau reconoció a Levine por sus destacadas aportaciones a la enfermería en 1990. En enero de 1992, se le concedió un doctorado *honoris causa* en Letras por la Loyola University, Chicago, en la Mid-Year Convocation. Levine fue una líder activa de la American Nurses Association y la Illinois Nurses Association. Tras su jubilación en 1987, siguió participando activamente en el desarrollo de la teoría y fomentó las preguntas y la investigación sobre su teoría (Levine, 1996).

Levine fue una dinámica oradora que a menudo participó en programas, talleres, seminarios y paneles, así como una prolífica autora en materia de enfermería y formación. También fue consultora de hospitales y facultades de Enfermería. Aunque nunca tuvo la intención de desarrollar una teoría, desarrolló una estructura organizativa conceptual para la enseñanza de la enfermería médico-quirúrgica que estimuló el desarrollo de la teoría (Stafford, 1996). «The Four Conservation Principles of Nursing» fue la primera enunciación de los principios de conservación (Levine, 1967b). Otros trabajos preliminares fueron «Adaptation and Assessment: A Rationale for Nursing Intervention», «For Lack of Love Alone» y «The Pursuit of Wholeness» (Levine, 1966a, 1967a, 1969b). Levine publicó el libro *Introduction to Clinical Nursing* (1969a) dirigido a los estudiantes de enfermería principiantes, en el que se utilizaban los principios de conservación como estructura organizativa. Levine abordó el objetivo de los cuatro principios de conservación (plenitud o salud) en *Holistic Nursing* (Levine, 1971a). La segunda edición de *Introduction to Clinical Nursing* se publicó en 1973. Posteriormente, Levine (1984) presentó los principios de la conservación en conferencias sobre teorías de la enfermería, algunas de las cuales han sido grabadas en audio, y en la conferencia del College of St. Francis de Sales en Allentown (actualmente Universidad DeSales).

Levine (1989) publicó una importante ampliación y aclaración de su teoría en «The Four Conservation Principles: Twenty Years Later». En esta obra desarrolló el aspecto de que la redundancia maximiza la disponibilidad de respuestas adaptativas cuando se ve amenazada la estabilidad. Esta redundancia de procesos adaptativos establece una economía corporal para salvaguardar la integridad individual. El producto de la adaptación es la conservación de la plenitud y la integridad (Levine, 1989). Levine vinculó explícitamente la salud al proceso de conservación para aclarar que el modelo de con-

servación considera la salud como uno de sus componentes esenciales (Levine, 1991). La esencia de los cuidados de enfermería es el uso de los principios de conservación para promover la salud, que conserva la plenitud y la integridad.

Levine falleció el 20 de marzo de 1996, a los 75 años de edad. Deja un legado como administradora, educadora, amiga, madre, enfermera, docente, estudiante de humanidades y esposa (Pond, 1996). El Dr. Baumhart, presidente de la Loyola University, dijo lo siguiente de ella (Mid-Year Convocation, Loyola University, 1992):

«La Sra. Levine es una mujer renacentista... que utiliza los conocimientos de varias disciplinas para ampliar la visión de las necesidades de salud de las personas que puede satisfacer la enfermería moderna. En la tradición talmúdica de sus antecesoras, ella se ha convertido en la defensora de la justicia social y la dignidad inherente de las personas como hijos de Dios.» (p. 6)

FUENTES TEÓRICAS

A partir de la presentación por Beland (1971) de la teoría de la causalidad específica y los factores múltiples, Levine conoció las perspectivas históricas sobre la enfermedad y cómo el pensamiento sobre la enfermedad cambia con el tiempo. Beland dirigió la atención de Levine hacia numerosos autores que llegaron a influir en su pensamiento, como Goldstein (1963), Hall (1966), Sherrington (1906) y Dubos (1961, 1965). Levine utilizó la definición de los sistemas perceptuales de Gibson (1966), la diferenciación entre total y global de Erikson (1964, 1968), la teoría del estrés de Selye (1956) y el modelo de entorno externo de Bates (1967). Levine estaba orgullosa de que Rogers (1970) editara su primera publicación (Levine, 1965). También reconoció la contribución de Nightingale a su pensamiento sobre la «actividad de vigilancia» de la observación utilizada por las enfermeras para «salvar vidas y aumentar la salud y la comodidad» (Levine, 1992, p. 42).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Levine (1973) basó gran parte de su trabajo en unos principios científicos aceptados, bien investigados y ampliamente respaldados por pruebas. Creía que las actividades específicas de enfermería podían deducirse de esos principios científicos y de las pruebas que los respaldaban.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Conservación

«Conservación» proviene de la palabra latina *conservatio*, que significa «mantener unido» (Levine, 1973). La conservación es una ley natural que «describe el modo en que los

sistemas complejos son capaces de seguir funcionando incluso cuando se ven gravemente afectados» (Levine, 1990, p. 192). A través de la conservación, los individuos son capaces de afrontar los retos, adaptarse en consecuencia y

(Continúa)



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

mantener su singularidad (Levine, 1990). En el modelo de Levine, el objetivo de los cuidados de enfermería es la conservación de la plenitud de la persona (Levine, 1971a).

Adaptación

La adaptación es el método para conservar la plenitud (salud) y la integridad, siendo la capacidad de adaptación del individuo fundamental para conservar la integridad del organismo en medio de los constantes cambios del entorno interno y externo (Levine, 1973). Al describir la adaptación, Levine afirmó: «Debe haber un puente que permita pasar fácilmente de una realidad ambiental a otra. La adaptación es este puente. La adaptación es el proceso por el que los individuos se «adaptan» a los entornos en los que viven» (Levine, 1996, p. 38). Levine identificó además la salud y la enfermedad como «patrones de cambio adaptativo» (Levine, 1966a, p. 2542) y afirma que «la medida de la adaptación eficaz es la compatibilidad con la vida. Una mala adaptación puede amenazar la vida misma, pero al mismo tiempo, el grado de potencial adaptativo del que dispone el individuo puede ser suficiente para mantener la vida en un *nivel de eficacia diferente*. La adaptación no es un mecanismo «de todo o nada». Existe una gama infinita dentro de los límites de la compatibilidad con la vida. Dentro de esa gama, hay numerosos grados posibles de adaptación» (Levine, 1973, pp. 11-12).

Levine (1991, 1996) identificó tres características de la adaptación: historicidad (las respuestas con patrones que se transmiten tanto a través de la genética como de los patrones de las experiencias vitales); especificidad (las respuestas adaptativas únicas a desafíos ambientales específicos), y redundancia (la disponibilidad de múltiples respuestas adaptativas). Levine (1991) sugiere «la posibilidad de que el propio envejecimiento sea una consecuencia de la redundancia fallida de los procesos fisiológicos y psicológicos» (p. 6).

Respuesta organizmista (respuesta holística)

La respuesta adaptativa es una respuesta integrada y holística que implica a todo el organismo biopsicosocioespiritual: «El ser humano responde a las fuerzas de su entorno de una manera singular pero integrada... de una forma que le es propia y exclusiva» (Levine, 1966a, p. 2452). Levine (1967b) señaló que «toda respuesta es de tipo organizmista (no es posible otra cosa) y todo cambio adaptativo es llevado a cabo por el individuo en su totalidad» (p. 46). La respuesta organizmista integrada incluye componentes biológicos, pero también psicosociales, emocionales y espirituales (Levine, 1967b, 1996).

Con respecto a los componentes biológicos de la adaptación, Levine (1969b) señala la presencia de «al menos cuatro niveles de respuesta organizmista protectora, cada uno de ellos fisiológicamente predeterminado, y cada uno de ellos utilizado para proteger al organismo de modo que pueda realizar una adaptación viable del entorno» (p. 95).

1. Respuesta al miedo (lucha o huida)

Estas reacciones simpáticas corticoadrenales son las respuestas biológicas más primitivas, que se activan siempre que los individuos perciben que están amenazados (es decir, perciben una amenaza ambiental), exista o no una amenaza en realidad. La hospitalización, las enfermedades, las condiciones ambientales externas inseguras y las nuevas experiencias son algunos de los innumerables estímulos ambientales que pueden provocar esta respuesta. Los individuos responden con un estado de alerta para reunir más información y garantizar su seguridad y bienestar, así como mediante la activación de respuestas biológicas neuroendocrinas clave (Levine, 1969b, 1973, 1989).

2. Respuesta inflamatoria-inmunitaria

Como mecanismo que protege al organismo de los irritantes y patógenos ambientales, la respuesta inflamatoria-inmunitaria es un mecanismo primario de curación; sin embargo, agota las reservas de energía. Muchas intervenciones de enfermería se centran en los componentes reparativos del proceso inflamatorio-inmunitario, al tiempo que se reduce al mínimo la lesión tisular coincidente. Las medidas de control ambiental para minimizar la exposición a los agentes patógenos e irritantes son también importantes focos del cuidado en enfermería (Levine, 1969b, 1973, 1989).

3. Respuesta al estrés

Levine (1969b) se basó en el modelo de Selye (1956) de la respuesta adaptativa al estrés, caracterizada por respuestas conductuales y biológicas predecibles (en particular, las hormonas corticoadrenales) a diversos factores estresantes inespecíficos de la vida. Selye aludió a la «energía adaptativa» gastada a lo largo del tiempo para responder a los factores de estrés y observó que el estrés prolongado pasa factura a los individuos, incluso provocando un estado de agotamiento cuando se agota la energía adaptativa. También pueden producirse cambios estructurales irreversibles en los tejidos inducidos por el estrés (Levine, 1969b).

4. Respuesta sensorial

Los individuos experimentan los componentes perceptuales del entorno externo a través de estímulos sensoriales biológicos. Los individuos se encuentran inmersos de forma continua en un fondo ambiental de aferencias sensitivas, que nunca se interrumpe, ni siquiera durante el sueño. La respuesta a estas incesantes aferencias sensoriales impulsa a los individuos a mantener la seguridad y a buscar la plenitud (Levine, 1967b, 1969b).

Los cuatro principios de la conservación

Levine propuso cuatro principios de conservación para guiar los cuidados de enfermería en apoyo de los esfuerzos

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

adaptativos únicos del paciente para conservar «la unidad e integridad del individuo» (Levine, 1967b, p. 46).

Conservación de la energía

Levine basó su principio de conservación de la energía en el concepto de equilibrio energético, tal y como se recoge en la primera ley de la termodinámica (procedente de la disciplina complementaria de la física), que se aplica a todo lo que existe en el universo, incluidas las personas (Levine, 1973, 1989). Levine señaló que: «Todos los procesos de la vida dependen fundamentalmente de la producción y el gasto de energía» (Levine, 1967b, p. 47).

Levine señaló que los esfuerzos adaptativos para conservar la energía se reflejan en muchas de las manifestaciones clínicas asociadas tanto a la enfermedad como a la curación: «La conservación de la energía es típica de la defensa natural contra los procesos de enfermedad. El letargo y el retraimiento que acompañan a muchos estados de enfermedad aguda disminuyen la demanda general de gasto energético del organismo e indican que la función fisiológica se moviliza en beneficio de los mecanismos de curación» (Levine, 1967b, p. 48). Levine señaló además que: «La conservación de la energía durante la enfermedad aguda exige una intervención enfermera que equilibre cuidadosamente los recursos del individuo con el gasto que puede permitirse de forma segura» (Levine, 1967b, p. 48).

El equilibrio energético es un aspecto fundamental de los cuidados de enfermería para los pacientes con enfermedades crónicas y agudas. Levine (1967b) señaló que: «La enfermedad crónica representa una alteración de la capacidad del individuo de adaptarse al entorno, y esta alteración implica además una reasignación de los recursos energéticos disponibles para el individuo. La aparición de una enfermedad crónica siempre va acompañada de un periodo durante el cual debe producirse un reaprendizaje y un reajuste» (p. 49). La conservación de la energía también es fundamental para la promoción de la salud, ya que el cambio ambiental es constante y el individuo debe utilizar continuamente la energía para adaptarse a los factores de estrés.

Conservación de la integridad estructural

La estructura y la función son aspectos fuertemente interrelacionados y complementarios del organismo humano. Por lo tanto, las intervenciones de enfermería para garantizar una energía adecuada para respaldar la *función* de los procesos vitales deben equilibrarse con intervenciones para conservar la *estructura* normal del cuerpo (Levine, 1967b). En condiciones óptimas, la curación de los tejidos se produce con un cambio estructural mínimo; sin embargo, las secuelas del proceso de cicatrización pueden preservar la continuidad del tejido a expensas de la organización estructural normal, lo que conduce a una alteración de la función (Levine, 1967b).

En algunos casos, la alteración estructural conduce a una discapacidad permanente, por lo que los cuidados de enfermería se centran en guiar a la persona discapacitada hacia un nuevo nivel de adaptación (Levine, 1996). Todos los cuidados de enfermería deben mantener un enfoque de rehabilitación continua para minimizar el daño estructural y prevenir la discapacidad (Levine, 1967b). Levine señaló que «todas las variedades de intervención quirúrgica están diseñadas para restablecer o rediseñar la integridad estructural» (1967b, p. 51) y que «toda infección es un ataque a la integridad estructural» (1967b, p. 51).

Conservación de la integridad personal

La conservación de la integridad personal se basa en la valoración de la identidad propia, la autoestima y el respeto por uno mismo, y refleja también la comprensión de que «el cuerpo no existe separado de la mente, las emociones y el alma» (Levine, 1967b, pp. 53-54). Las intervenciones de enfermería orientadas a conservar la integridad personal incluyen educar al paciente, promover la participación del paciente en la toma de decisiones y en el consentimiento informado de los tratamientos, proteger la privacidad del paciente y sus posesiones personales y respaldar las prácticas culturales y religiosas del paciente. El impulso adaptativo para preservar la integridad personal también puede verse a través de las respuestas psicológicas y conductuales únicas del paciente ante los retos de salud (Levine, 1967b). Los cuidados de enfermería deben estar diseñados para respaldar la respuesta adaptativa individual del paciente de forma que «se fortalezca la integridad personal» (Levine, 1967b, p. 55) y «para impartir conocimiento y fuerza de forma que el individuo pueda reanudar su vida privada, ya no como paciente, ya no como ser dependiente» (Levine, 1990, p. 199). La naturaleza espiritual de la vida queda implícita en los conceptos de plenitud e integridad personal. Levine (1996) afirmó: «La totalidad del ser humano es también santidad, y la santidad de la vida se manifiesta en todos. Yo nunca he considerado necesario buscar la espiritualidad como algo distinto, dado que la plenitud de la vida en sí misma es testimonio de su realidad espiritual. La conservación de la integridad personal pasa por el reconocimiento de la plenitud de cada uno» (p. 40).

Conservación de la integridad social

La integridad social se refleja en las relaciones dinámicas entre los seres humanos (Levine, 1967b). La familia es una unidad social crítica y la vida de cada individuo «se teje» (Levine, 1967b, p. 58) en el seno de la familia, aunque la constitución del grupo social que cada uno considera la «familia» la define cada paciente. Los cuidados de enfermería orientados a conservar la integridad social abarcan tanto el cuidado de la familia como el del paciente y «sientan las bases»



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

(Levine, 1967b, p. 59) para la transición de los cuidados de la enfermera al paciente y a su familia. Los cuidados de enfermería orientados a conservar la integridad social también incluyen intervenciones para ayudar al paciente a mantener sus «afiliaciones étnicas y subculturales» (Levine, 1967b, p. 57), y apoyar las necesidades espirituales y religiosas socialmente conectadas. Cuando se adapta al nivel de tolerancia del paciente, el uso adecuado de fuentes externas de noticias y de conexión social (p. ej., redes sociales, teléfonos,

televisión, etc.) contribuye a la convalecencia social (Levine, 1967b). Las intervenciones de enfermería orientadas a promover la conexión social pueden ser muy básicas, como el simple acto de enfermería de colocar al paciente de forma que facilite la comunicación con los demás y minimice la privación sensorial (Levine, 1967b). La interacción enfermera-paciente es también una relación social en la que el paciente «puede ver su integridad reflejada en la de la enfermera» (Levine, 1967b, p. 59).

PRINCIPALES PREMISAS

Aunque no especificó formalmente unas premisas teóricas concretas, Levine (1973) valoraba «un enfoque holístico de la atención a todas las personas, sanas o enfermas» (p. 151) y el respeto a la individualidad de cada persona:

«En última instancia, las decisiones sobre las intervenciones de enfermería deben basarse en el comportamiento único del paciente individual... Los cuidados de enfermería centrados en el paciente son cuidados de enfermería individualizados... y como tales requieren una constelación única de habilidades, técnicas e ideas diseñadas específicamente para él.»

(Levine, 1973, p. 6)

Schaefer (1996) identificó las siguientes afirmaciones como premisas del modelo:

- La persona solo puede entenderse en el contexto de su entorno (Levine, 1973).
- «Todo sistema autosuficiente controla su propio comportamiento conservando el uso de los recursos necesarios para definir su identidad única» (Levine, 1991, p. 4).
- Los seres humanos responden de forma singular, aunque integrada (Levine, 1971c).

El modelo de Levine utiliza cada uno de los conceptos del metaparadigma enfermero de enfermería, persona, entorno y salud (que se analizan a continuación), así como otros conceptos específicos del modelo de conservación (que se analizan en la sección titulada «Conceptos y definiciones principales»).

Enfermería

Levine consideraba la enfermería como «una interacción humana» (Levine, 1973, p. 1), así como una profesión y una disciplina científica. La práctica de la enfermería se basa en el conocimiento único de la enfermería y en el conocimiento científico de otras disciplinas complementarias a los conocimientos de enfermería (Levine, 1988). La enfermería promueve la conservación de la plenitud y la integridad apoyando activamente los esfuerzos adaptativos del paciente para lograr el mejor ajuste ambiental posible (Levine, 1989). El objetivo de los cuidados de enfermería es utilizar el conocimiento

científico y el arte de la enfermería para apoyar el impulso adaptativo iniciado por el paciente para buscar la plenitud, con intervenciones de enfermería específicamente fundamentadas en «el reconocimiento de las respuestas conductuales del individuo que indican la naturaleza de la adaptación que está teniendo lugar» (Levine, 1966a, p. 2452). Debido a la singularidad de cada individuo, los cuidados de enfermería para cada paciente deben ser muy individualizados (Levine, 1971a).

Las intervenciones de enfermería se basan en los cuatro principios de conservación y son de naturaleza tanto terapéutica como de apoyo. Las primeras se centran en mejorar la adaptación y mejorar el bienestar. Las intervenciones de apoyo se utilizan cuando el estado del paciente es tal que no se dispone de intervenciones asistenciales para mejorar la respuesta adaptativa o «para detener una evolución descendente» (Levine, 1966a, p. 2452). Por lo tanto, las intervenciones de enfermería de apoyo incluyen los cuidados de enfermería destinados al paciente moribundo.

Levine (1966a, 1966b) propuso el uso del término *trofognosis* (referido al uso del método científico para desarrollar un juicio para los cuidados de enfermería) como una alternativa al diagnóstico de enfermería.

Los principales escritos teóricos de Levine no desarrollan este concepto; por lo tanto, no parece que lo haya considerado como un componente de su modelo de conservación en enfermería. Otras creencias de Levine sobre la enfermería son las siguientes:

«La enfermería es una profesión, además de una disciplina académica, que siempre se practica y estudia en concierto con todas las disciplinas que en conjunto forman las ciencias de la salud.»

(Levine, 1988, p. 17)

«La enfermería profesional debería estar reservada a aquellos pocos que sean capaces de completar un programa de posgrado tan exigente como el que se espera de los profesionales de cualquier otra disciplina... Habrá muy pocas enfermeras profesionales.»

(Levine, 1965, p. 214)

«No existen baremos mágicos que permitan a las enfermeras ponderar la multiplicidad de factores que operan en un mismo individuo. En último término, las decisiones para las intervenciones de enfermería se deben basar en la conducta propia del paciente concreto. Es misión de las enfermeras aplicar el corpus de principios científicos en los que se basan las decisiones en la situación concreta que comparte con el paciente. Una observación sensible y la selección de los datos importantes forman la base de la evaluación de las necesidades de asistencia enfermera en cada caso. Una teoría de la enfermería debe reconocer la importancia del detalle único del cuidado del paciente concreto en el contexto de un marco empírico que describe con éxito las necesidades de todos los pacientes en conjunto.»

(Levine, 1969a, p. 6)

Persona

La *persona* se describe como un ser holístico caracterizado por su integridad, identidad y autoestima (Levine, 1967b, 1991, 1996). Levine (1973) describió también a la persona como «sistema de sistemas, y su plenitud expresa la organización de todas las partes implicadas» (pp. 8-9). Las personas experimentan el proceso de la vida como un cambio mediante la adaptación, siendo el objetivo de la adaptación conservar la plenitud (Levine, 1989). También es significativo en el modelo de conservación que Levine se refiera intencionadamente a la persona que recibe los cuidados de enfermería como *paciente*:

«La palabra paciente viene del latín “sufrir”, mientras que la palabra cliente viene del latín “seguir”... Todo individuo que entra en la dependencia de la asistencia sanitaria es un paciente. Las enfermeras realizan todos los servicios que necesite –incluso solo el asesoramiento en materia de salud– pero solo mientras se necesiten sus servicios profesionales. En ese momento debe terminar la dependencia. Yo quiero que el paciente se aleje de mí. Como participantes en su cuidado, los individuos necesitan conservar tanta independencia como puedan y no deben ser definidos como seguidores.»

(1996, p. 40)

Salud

La *salud* está determinada socialmente por la capacidad de funcionar de forma razonablemente normal (Levine, 1969b). La salud no es solo la ausencia de patología. La salud es la recuperación del yo; los individuos son libres y tienen capacidad de seguir sus propios intereses con sus propios recursos. Incluso para un mismo individuo, la definición de *salud* cambiará con el tiempo. Levine destacó lo siguiente:

«Es importante tener en cuenta que la salud también está determinada culturalmente: no es una entidad en sí misma, sino una definición impartida por el *ethos* y las creencias de los grupos a los que pertenecen los individuos.»

(M. Levine, comunicación personal,
21 de febrero de 1995)

En el modelo de Levine, los términos plenitud, salud e integridad son términos análogos que comparten significados conceptuales similares. La plenitud se refiere a un individuo sano e integrado. La palabra inglesa «health» (salud) proviene del término anglosajón *hal*. La traducción de *hal* es *completo*. La vida humana debe describirse en el lenguaje de aquellos que están «completos» (Levine, 1971a, p. 255). El uso que hace Levine del término «integridad» refleja este mismo concepto: «Yo utilizo el término “integridad” para aludir a la plenitud del individuo y la sensación de independencia y sentido del yo que vienen implícitos en el término. Conservar la integridad del individuo es el sello de la intervención enfermera» (Levine, 1996, p. 40). Basándose en la descripción de Erikson (1964, 1968) de la plenitud como un sistema abierto, Levine (1996) cita a Erikson diciendo: «La plenitud enfatiza una mutualidad sólida, orgánica y progresiva entre funciones y partes diversificadas dentro de un todo, cuyos límites son abiertos y fluidos» (p. 39).

En opinión de Levine, «la curación es la defensa de la plenitud» (1996, p. 40). En cuanto al proceso de curación, Levine (1991) afirmó que «la palabra *curación* también comparte la misma raíz que *completo* y *salud*. La curación es la vía que permite recuperar las actividades diarias comprometidas por una salud enferma. No es solo la agresión o la lesión lo que se repara, sino la persona misma... No es simplemente la curación de una parte afectada. Se trata más bien de la recuperación del yo, con total desaparición de las limitaciones que marca la discapacidad, y el individuo vuelve a ser libre de satisfacer sus propios intereses sin limitaciones» (p. 4).

Entorno

El *entorno* es el contexto en el que los individuos viven sus vidas. No se trata de un medio pasivo. «El individuo participa activamente en su entorno» (Levine, 1973, p. 443). «Todas las adaptaciones representan la acomodación que es posible entre el entorno externo e interno» (1973, p. 12). Una serie de procesos bioquímicos complejos median la relación entre el entorno interno (procesos fisiológicos y fisiopatológicos) y el entorno externo, constituido por componentes perceptuales, operativos y conceptuales (1973, 1989). «El proceso de la interacción es la *adaptación*» (1989, p. 326).

El entorno consta de un entorno interno (que incluye los procesos fisiológicos y fisiopatológicos) y el entorno externo circundante, estando ambos en continua interacción (Levine, 1973). Al hablar del entorno interno, Levine utilizó la conceptualización realizada por Claude Bernard en el siglo XIX del

milieu interne: «Bernard identificó los mares primordiales, capturados dentro del tegumento del cuerpo humano, que proporcionan al organismo una solución estrechamente regulada de sustancias esenciales para su bienestar continuo... El hombre llevaba consigo lo esencial, empaquetado de forma segura bajo su piel» (1969a, pp. 6-7). Levine (1973) utilizó la descripción de Bates (1967), según el cual el entorno externo tiene tres componentes:

- Perceptivo: aspectos del mundo que los individuos interpretan e interpretan con los órganos de los sentidos.
- Operativo: componentes del entorno que afectan físicamente a los individuos, aunque estos no puedan percibirlos directamente, como los microorganismos.
- Conceptual: se caracteriza por los patrones culturales, la espiritualidad y los aspectos mediados por los símbolos del lenguaje, el pensamiento y la historia.

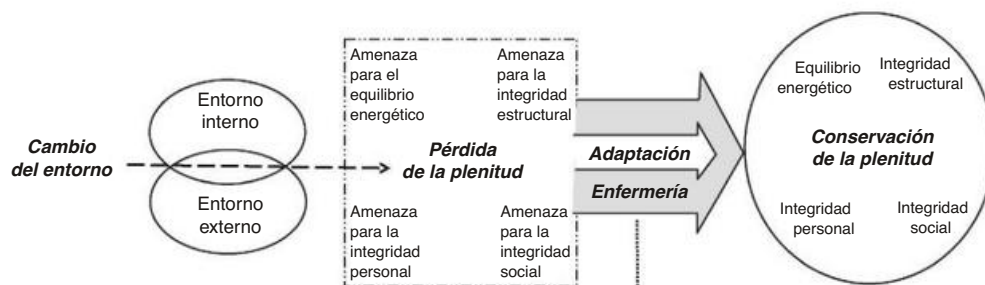
FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El diagrama conceptual que presenta en la figura 12.1 ilustra las principales relaciones teóricas del modelo de conservación. Aunque Levine no identificó específicamente unas afirmaciones teóricas concretas, muchas de ellas están integradas en los escritos de Levine sobre el modelo de conservación, como las siguientes:

1. «El objetivo de la enfermería es promover la adaptación y mantener la integridad» (Levine, 1971a, p. 258).

2. «La enfermera participa activamente en el entorno de cada paciente y gran parte de lo que hace apoya sus ajustes mientras se debate en la difícil situación impuesta por la enfermedad» (Levine, 1966a, p. 2452).
3. «Cuando la intervención de enfermería influye favorablemente en la adaptación, o hacia un renovado bienestar social, entonces la enfermera está actuando en un sentido terapéutico; cuando la respuesta es desfavorable, la enfermera proporciona cuidados de apoyo» (Levine, 1966a, p. 2452).
4. «Los principios de la enfermería son todos principios de "conservación"» (1973, p. 13). Los cuatro principios de conservación son la conservación de la energía, la integridad estructural, la integridad personal y la integridad social del individuo (1967b, 1989).
 - «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la energía individual del paciente» (Levine, 1967b, p. 49).
 - «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la integridad estructural del paciente» (Levine, 1967b, p. 56).
 - «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la integridad personal del paciente» (Levine, 1967b, p. 56).
 - «La intervención de enfermería se basa en la conservación de la integridad social del paciente» (Levine, 1967a, p. 179).

Levine (1991) aportó algunas reflexiones sobre dos teorías de su modelo en sus primeras etapas de desarrollo. La **teoría**



Intervenciones de enfermería de apoyo y terapéuticas basadas en los principios de conservación:

- Conservación de la energía
- Conservación de la integridad estructural
- Conservación de la integridad personal
- Conservación de la integridad social

Modelo de la conservación para la enfermería de Levine

Fig. 12.1 Modelo de la conservación para la enfermería de Levine. (Tomado de Mefford, L. C. [1999]. The relationship of nursing care to health outcomes of preterm infants: Testing a theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing [Doctoral Dissertation, University of Tennessee, Knoxville]. Dissertation Abstracts International, 60[09B], 4522. Copyright 1999 por L.C. Mefford. Adaptado y reproducido con autorización.)

de la **intención terapéutica** pretende ser la base de las intervenciones de enfermería que se centran en las realidades biológicas del paciente. La teoría fluye de forma natural a partir de los principios de conservación. La **teoría de la redundancia** amplía el dominio de la adaptación y ofrece explicaciones para las opciones redundantes, como las que se dan en el envejecimiento y la adaptación fisiológica a una insuficiencia cardíaca.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Levine utilizó principalmente la lógica deductiva en el desarrollo inicial del modelo de conservación, integrando teorías y conceptos derivados de las humanidades y de las ciencias de la enfermería, la fisiología, la psicología y la sociología. Empleó la información para analizar situaciones prácticas de la enfermería, y describir las habilidades y actividades en este campo. Con la ayuda de muchos de sus alumnos y colaboradores, y gracias a sus propios encuentros personales (Levine, 1972), Levine experimentó el modelo de conservación y sus principios de forma operativa en la práctica. Dado que vivió su modelo de conservación, comprobó el uso del razonamiento inductivo para avanzar en el desarrollo e información de su modelo (Levine, comunicación personal, 17 de mayo de 1989).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

El modelo de conservación se ha utilizado sistemáticamente como guía para la práctica y la investigación de la enfermería desde la explicación inicial de su estructura por parte de Levine a mediados de las décadas de 1960 y 1970. Desde el año 2000 ha aumentado el interés por este modelo a nivel mundial, con varias publicaciones recientes en portugués, español y chino. Además, los estudiantes graduados siguen utilizando el modelo para orientar sus tesis y proyectos. En 2001, Schaefer valoró la posibilidad de emplear el modelo de conservación como guía para el futuro de la enfermería. El uso continuado del modelo a nivel mundial apoya la predicción de Schaefer.

Práctica profesional

Los principios de conservación y otros conceptos del modelo son pertinentes en muchos contextos (Levine, 1990, 1991; Schaefer y Pond, 1991, 1994). El modelo de Levine se ha aplicado como modelo de promoción de la salud en entornos extrahospitalarios con personas sin hogar (Pond, 1990) y como guía para la intervención temprana en el desarrollo de los niños (Savage y Culbert, 1989). Entre las especialidades de cuidados agudos en enfermería a las que se ha aplicado el modelo se encuentran los cuidados intensivos (Brunner, 1985; Lynn-McHale y Smith, 1991; Molchany, 1992), el

perioperatorio (Crawford-Gamble, 1986), el cuidado de las heridas (Cooper, 1990; Leach, 2006) y los cuidados de las enterostomías (Neswick, 1997). El modelo también se ha aplicado a la gestión de la enfermería, incluida la gestión de resultados y la mejora de la calidad (Clark et al., 1995; Fawcett, 2014; Jost, 2000; Mefford y Alligood, 2011b; Taylor, 1974).

El modelo de Levine se ha aplicado a los cuidados de enfermería en poblaciones variadas, como:

- Neonatos (incl. Langer, 1990; Mefford, 2004; Newport, 1984; Tribotti, 1990).
- Niños (Dever, 1991; Savage y Culbert, 1989).
- Mujeres (Roberts et al., 1991; Schaefer, 1996, 2005; Waller-Wise, 2018).
- Adultos, incluidas personas sin hogar (Pond, 1990), personas con insuficiencia cardíaca (Schaefer, 1990; Schaefer y Potylycki, 1993), pacientes oncológicos (O'Laughlin, 1986; Webb, 1993) y con disfunción neurológica (Taylor y Ballenger, 1980), transiciones vitales en enfermedades graves (Fawcett et al., 1995) y ancianos (Abumaria et al., 2015; Clark et al., 1995; Hirschfeld, 1976).

Investigación

Fawcett (1995) desafió a los investigadores a realizar estudios en diversos entornos clínicos y a diseñar «estudios que pongan a prueba las estructuras conceptuales-teóricas-empíricas derivadas directamente de los principios de conservación o relacionadas con ellos» (p. 208). Se pueden generar muchas preguntas de investigación a partir del modelo de Levine (Fawcett, 2000; Radwin y Fawcett, 2002; Schaefer, 1991b). Los investigadores han utilizado los principios de conservación como estructura para guiar la investigación en situaciones clínicas muy variadas, como la fatiga (Schaefer, 1990; Mock et al., 2007), el ejercicio (Hanna et al., 2008), los trastornos del sueño (Schaefer et al., 1996), la función respiratoria (Lane y Winslow, 1987; Roberts et al., 1994, 1995), la confusión en ancianos hospitalizados (Foreman, 1989), los cuidados intensivos (Ballard et al., 2006; Delmore, 2006), los cuidados perioperatorios (incl. Crawford-Gamble, 1986; Piccoli y Galvao, 2005), la musicoterapia en los cuidados intensivos (Gagner-Tjellesen et al., 2001), los factores que predicen los resultados en salud neonatal (Mefford y Alligood, 2011a, 2011b), la adaptación a una ostomía (Gomes et al., 2011), la lumbalgia (Melancon y Miller, 2005) y la violencia contra las mujeres (Netto et al., 2014).

Formación

Levine (1969a, 1973) escribió su libro de texto *Introduction to Clinical Nursing* como una estructura organizativa para la enseñanza de la enfermería médico-quirúrgica a los estudiantes de los primeros años. Introdujo nuevo material en los currículos, y presentó un comentario inicial sobre la muerte y el acto de morir. El manual del profesor que acompaña al texto sigue siendo una fuente oportuna de principios educativos que pueden ser útiles tanto para los profesores principiantes como

para los experimentados (Levine, 1971b). Aunque la obra se titula como introducción, los estudiantes que empiezan en este campo se beneficiarían de una base en ciencias sociales y físicas para poder utilizarlo. Este problema se solventó en la segunda edición con un mayor énfasis en los principios científicos. Las evidencias en que se apoya el modelo se han integrado con éxito en los planes de estudios de pregrado y de grado (Grindley y Paradowski, 1991; Schaefer, 1991a). Levine también es autora de *Renewal for Nursing* (1971c), un texto dirigido a las enfermeras que retoman la práctica activa tras un periodo de inactividad.

EVOLUCIÓN

Levine y otros han trabajado en la utilización de los principios de conservación como base de una taxonomía diagnóstica en enfermería (Stafford, 1996; Taylor, 1974, 1989). Del modelo de conservación se pueden extraer teorías de nivel medio. Estas teorías de nivel medio son útiles tanto para orientar los cuidados en situaciones específicas de enfermería como para guiar el desarrollo y la comprobación de hipótesis de investigación específicas (utilizando la estructura de investigación conceptual-teórica-empírica recomendada por Fawcett [1995]).

Mefford (2004) desarrolló una teoría de nivel medio sobre la promoción de la salud en los lactantes prematuros basada en el modelo de conservación de Levine, que fue comprobada por Mefford y Alligood (2011a, 2011b). Una prueba de la teoría que usa el modelado de ecuación estructural reveló que el efecto de la integridad fisiológica de los lactantes prematuros al nacer sobre la edad a la que se consiguió la salud venía mediado por completo por el grado de constancia de los profesionales de enfermería encargados del cuidado (2001a). El estudio de otras pruebas de investigación secundarias indicó que la constancia de los profesionales de enfermería responsables del cuidado también servía como mediador parcial de los efectos de la integridad fisiológica al nacer sobre el uso de los recursos clínicos por los lactantes prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales (2011b).

Mefford (2022) también ha desarrollado una teoría de nivel medio sobre la curación de la tristeza y la pérdida en la infancia, que se basa principalmente en el modelo de conservación de Levine, pero que también integra elementos teóricos de la teoría de la tristeza crónica (Eakes et al., 1998) y la pirámide de las experiencias adversas en la infancia (EAI) (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Felitti et al., 1998). Se ha realizado una comprobación inicial de esta teoría (Mefford et al., 2020) en un estudio transversal con adultos, utilizando la regresión jerárquica para explorar las influencias predictivas de las EAI y la tristeza crónica por pérdidas en la infancia (que refleja el desafío ambiental durante la infancia) y los patrones de afrontamiento adaptativos seleccionados (que reflejan la conservación de la integridad

personal y social) en la satisfacción con la vida adulta (que refleja la plenitud y la salud). Los resultados indican que las intervenciones para infundir esperanza, promover el perdón y reducir el afrontamiento religioso negativo pueden ser estrategias eficaces para mejorar la satisfacción con la vida adulta en los supervivientes de experiencias de pérdida durante la infancia.

CRÍTICA

Claridad

El modelo de Levine es claro. Fawcett (2000) afirma que «el modelo de conservación de Levine proporciona a la enfermería una visión holística y lógicamente congruente de la persona» (p. 189). George (2002) afirma que «esta teoría dirige las acciones de enfermería que conducen a resultados favorables» (p. 237). El modelo incluye numerosos términos; sin embargo, Levine los define adecuadamente y los deja claros.

Sencillez

Aunque los cuatro principios de conservación parecen sencillos en un principio, contienen subconceptos y múltiples variables. A pesar de todo, este modelo sigue siendo uno de los más fáciles de comprender.

Generalidad

Los cuatro principios de conservación pueden utilizarse en todos los contextos y especialidades de la enfermería. El modelo también puede utilizarse para orientar las intervenciones de atención holística durante los periodos de enfermedad y para la promoción de la salud y el bienestar.

Accesibilidad

Levine desarrolló el modelo de conservación como una herramienta para enseñar a las estudiantes de pregrado cómo practicar la enfermería. Se trata de una estructura muy eficaz para enseñar a las enfermeras, tanto principiantes como experimentadas, a planificar y prestar cuidados de enfermería, y se ha aplicado con eficacia a una gran variedad de poblaciones y entornos asistenciales. Los conceptos del modelo y las relaciones teóricas entre los conceptos también están claramente expresados en los escritos de Levine. Esto facilita una buena accesibilidad para que los investigadores identifiquen los indicadores empíricos adecuados para medir los conceptos y las metodologías estadísticas apropiadas para comprobar las relaciones teóricas.

Importancia

El modelo de conservación de Levine está reconocido como uno de los primeros modelos de enfermería que organizó y aclaró los elementos de la atención al paciente para la práctica enfermera. El uso continuado del modelo de Levine en el siglo XXI demuestra la utilidad permanente del modelo como guía tanto para la práctica como para la investigación.

RESUMEN

Levine desarrolló su modelo de conservación para proporcionar una estructura para la docencia dirigida a estudiantes de enfermería principiantes. En el primer capítulo de su libro presenta sus premisas sobre el holismo y su opinión de que los principios de conservación apoyan un enfoque holístico de la atención al paciente (Levine, 1969a, 1973). El modelo tiene congruencia lógica, es consistente a nivel interno y externo, es amplio y profundo, y puede ser comprendido por los profesionales y los consumidores de la asistencia sanitaria. Las enfermeras utilizan el modelo de

conservación para orientar la asistencia de enfermería de forma que se anticipe, explique y prediga las necesidades de cuidados del paciente. Sin embargo, está indicado seguir poniendo a prueba este modelo para ver cómo su utilización influye en los resultados del cuidado. El modelo de conservación en enfermería es tan aplicable a la práctica y a la ciencia de la enfermería ahora como cuando se desarrolló inicialmente, porque como dijo Levine (1990), «allá donde la enfermería sea esencial, las reglas de conservación e integridad se mantienen» (p. 195).

CASO CLÍNICO*

Yolanda es una afroamericana de 55 años, casada y madre de dos hijos adultos, con antecedentes de cáncer de mama. Fue diagnosticada de fibromialgia 2 años antes, tras llevar años de dolores musculares no explicados y un cuadro que había interpretado como artritis. El diagnóstico le supuso un alivio; leyó sobre el tema y aprendió a cuidar de sí misma. En estos últimos 2 meses Yolanda dejó de tomar los fármacos, porque acudió a un nuevo profesional de atención primaria y quería empezar su cuidado «de cero». Además de sus obligaciones familiares, está terminando un grado en inglés. Cuando acudió a consulta, le dijo a la enfermera que tenía el peor dolor del mundo.

Utilizando el modelo de conservación de Levine, la enfermera completa una evaluación exhaustiva como preparación para desarrollar un plan de cuidados. Para ello evalúa las características del entorno interno y externo, y valora el grado de adecuación del ajuste adaptativo que ha conseguido Yolanda en respuesta a las condiciones ambientales cambiantes por este problema de salud. Se planifican los cuidados de enfermería usando los principios de conservación. El diagnóstico de fibromialgia en esta paciente se basó en un conjunto de síntomas de presentación (dolor, fatiga e insomnio), tras descartar otros procesos.

La evaluación del *entorno interno* (procesos fisiológicos y fisiopatológicos) se llevó a cabo mediante una exploración física exhaustiva y diversas pruebas de laboratorio y de diagnóstico. Los resultados de las pruebas de Yolanda estaban dentro de los límites normales.

El entorno externo incluye factores perceptuales, operativos y conceptuales. Los factores perceptuales se perciben mediante las aferencias sensitivas. Yolanda refería unos antecedentes de fatiga sin causa aparente y sensación de dolor de años de evolución. Recientemente había suspendido el tratamiento farmacológico «para limpiarse». Sin embargo, decía que el dolor se había vuelto insoportable y casi le impedía dormir. Destacaba que cuando conseguía dormir al menos 6 h por la noche, el dolor era menos intenso. La situación actual de insomnio se asociaba a un dolor de gran intensidad.

Los factores operativos son amenazas dentro del entorno que el paciente no puede percibir a través de los sentidos.

Yolanda describía dolor intenso en respuesta al tiempo frío y los cambios de la presión barométrica.

El entorno conceptual incluye los valores culturales y personales sobre la atención sanitaria, el significado de la salud y la enfermedad, los conocimientos sobre la atención sanitaria, la educación, el uso del lenguaje y las creencias espirituales. En respuesta a su cáncer de mama, Yolanda desarrolló su espiritualidad rezando y leyendo la Biblia. Cree que esto la está ayudando ahora también a superar el dolor asociado a la enfermedad actual.

La conservación de la energía se centra en el equilibrio entre el aporte y el gasto de energía para evitar la fatiga excesiva. Yolanda refiere que la fatiga «se adueña de ella». Tiene dificultades para realizar sus tareas domésticas. Un día de trabajo se suele seguir de 1 día de encamamiento por una fatiga extrema. Sus concentraciones de hemoglobina y hematocrito son normales, y también lo es la saturación de oxígeno. Estos resultados normales de los parámetros fisiológicos son típicos de los pacientes con fibromialgia.

La conservación de la integridad estructural implica el mantenimiento de la estructura del cuerpo para favorecer su funcionamiento normal. El tratamiento de la fibromialgia se centra en reducir los síntomas. Los síntomas de Yolanda no se pueden explicar por una alteración estructural o física, pero, a pesar de todo, percibe dolor y fatiga importantes. Es importante reconocer que sus síntomas son reales y trabajar con la paciente para determinar si las actividades de la vida diaria se traducen en cambios en los patrones de la enfermedad. Además, Yolanda cree que está atravesando la menopausia (un cambio fisiológico normal que afecta a la estructura y la función corporal) y tiene problemas para determinar si los síntomas se deben a esta o a la fibromialgia.

Al seguir preguntando, Yolanda reveló que le habían diagnosticado síndrome del intestino irritable varios años antes. Este cuadro representa un riesgo adicional para la integridad estructural. No está preocupada por el estreñimiento, pero sí por los accesos súbitos de diarrea. Teme ir a clase y siente vergüenza ante un posible «accidente». Las intervenciones orientadas a conservar la integridad estructural incluyen

(Continúa)

CASO CLÍNICO (cont.)

intervenciones para mantener la función intestinal normal y mejorar el estado nutricional de esta paciente.

La integridad personal implica el mantenimiento del sentido de la valía personal y la autoestima. Yolanda describió que «había perdido el control» cuando se le diagnosticó el cáncer de mama. Un amigo muy querido la convenció de acudir a la iglesia y la animó a rezar. Cuando sentía pena de sí misma, se iba a su habitación y leía la Biblia, lloraba por dentro y rezaba. La paciente cree que la plegaria y la Biblia la ayudaron a conseguir curarse. Sigue rezando y leyendo la Biblia para conseguir la fuerza que necesita para convivir con su enfermedad. También cree que necesita ser capaz de reírse de algunos aspectos de su situación, porque el humor la ayuda a sentirse mejor. Busca de forma activa información de salud, lo que se ha traducido en una búsqueda sobre la fibromialgia para aumentar sus conocimientos. Está más preocupada porque podría no ser capaz de caminar tanto como solía. Uno de sus pasatiempos favoritos era comprar zapatos en los centros comerciales, algo que ahora le resulta difícil.

La integridad social reconoce que el paciente es un ser social. Yolanda es una mujer casada con dos hijos mayores. Oculta muchos de sus sentimientos a sus hijos, pero los comparte con su esposo, que la apoya. Entre los cuidados que le presta se incluye llevarla a los lugares a los que tiene que ir (como ir a comprar verduras) y asegurarse de que acuda a sus citas médicas a tiempo.

Un plan inicial de cuidado de Yolanda incluye intervenciones basadas en los cuatro principios de conservación:

- *Conservación de la energía:* 1) comente estrategias para equilibrar el descanso y la actividad; 2) comente estrategias para conseguir un sueño reparador; 3) comente los abordajes farmacológicos y no farmacológicos para controlar el dolor, y 4) evalúe su ingesta nutricional para garantizar unas reservas de energía suficientes.
- *Conservación de la integridad estructural:* 1) comente cualquier modificación necesaria de las actividades para prevenir lesiones; 2) evalúe la dieta para identificar si algún alimento agrava los síntomas gastrointestinales; 3) comente el

proceso fisiológico normal de la menopausia, incluidos los síntomas asociados, y 4) considere la posibilidad de solicitar otros análisis o cursar derivaciones para determinar los niveles hormonales y evaluar si está indicado un tratamiento adicional para aliviar los síntomas de la menopausia.

- *Conservación de la integridad personal:* 1) valide la experiencia de la enfermedad; 2) aliente el uso continuo de la oración, la lectura de la Biblia y el sentido del humor para sentirse mejor, y 3) comente estrategias para manejar la ansiedad relacionada con el síndrome del intestino irritable, incluyendo abordajes tanto farmacológicos como no farmacológicos.
- *Conservación de la integridad social:* 1) felicite a Yolanda por las sólidas relaciones familiares que ha construido y animela a seguir trabajando junto a su familia para optimizar su salud; 2) con el permiso de Yolanda, hable con su marido para responder a sus preguntas sobre su estado y estudiar cómo pueden seguir trabajando juntos para mejorar su salud; y 3) felicite a Yolanda por seguir buscando la consecución de su objetivo de terminar el grado de inglés y analice estrategias para controlar el síndrome del intestino irritable y gestionar los problemas para ayudarla a sentirse más segura a la hora de asistir a las clases.

Durante el seguimiento de Yolanda, estos resultados sugieren una adaptación eficaz que conserva la plenitud y la integridad:

- Se siente descansada, con 6 h de sueño ininterrumpido.
- Reducción del dolor y la fatiga.
- Distingue los síntomas de la menopausia de los de la fibromialgia.
- Colabora con los profesionales sanitarios en el control de los síntomas de la menopausia.
- Refiere consuelo a través de la oración, la lectura de la Biblia y el humor.
- Síntomas intestinales adversos mínimos e ingesta nutricional suficiente.
- Relaciones sanas con la familia y los amigos.
- Asiste a clase y participa en otras actividades sociales con mínimas limitaciones.

*Este caso clínico se desarrolló a partir de un estudio sobre la fibromialgia (Schaefer, 2005). Se ha utilizado un nombre ficticio para proteger la privacidad y el anonimato.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Enumere los aspectos del cuidado de Yolanda que se podrían añadir al plan al considerar los cuidados de enfermería en relación con cada uno de los principios de conservación.
2. Cumplimente un diario de reflexiones sobre su propia salud o sobre una enfermedad que experimente. Aplique el modelo de conservación a su experiencia.
3. Al considerar la aplicación de los principios de conservación en la pregunta 2, ¿qué aspectos del cuidado se evalúan que no se hayan incluido en el cuidado?
4. Utilice la perspectiva del modelo de conservación para identificar lo que podría faltar en las experiencias de simulación de la práctica enfermera. ¿Qué capta el modelo que otras perspectivas pasan por alto?
5. ¿Por dónde empezaría si quisiera desarrollar su estilo de práctica enfermera utilizando el modelo de conservación?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Cardinal St. John's University Library, Nursing Theorist Myra Levine, en <https://library.stjohns.edu/Guides/Research/Subject-Resources/Nursing-Theorists-Levine>.
- Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego, en <http://myralevine207.blogspot.com/p/introduction-and-biography.html>.
- Schaefer, K. (2014). Levine's conservation nursing model in nursing practice. En M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 181–199). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- *The nursing theorist: Portraits of excellence*. "Myra Levine" (vídeo, CD o formato electrónico). Oakland: Studio III, Oakland, CA. Disponible en Fitne, Inc., 5 Depot Street, Athens, Ohio 45701, o en https://www.fitne.net/nurse_theorists1.jsp.

BIBLIOGRAFÍA

- Abumaria, I. M., Hastings-Tolsma, M., & Sakraida, T. J. (2015). Levine's conservation model: A framework for advanced gerontology nursing practice. *Nursing Forum*, 50(3), 179–188.
- Ballard, N., Robley, L., Barrett, D., Fraser, D., & Mendoza, I. (2006). Patients' recollections of therapeutic paralysis in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 86–94.
- Bates, M. (1967). A naturalist at large. *Natural History*, 76(6), 8–16.
- Beland, I. (1971). *Clinical nursing: Pathophysiological and psychosocial implications* (2nd ed). New York: Macmillan.
- Brunner, M. (1985). A conceptual approach to critical care nursing using Levine's model. *Focus on Critical Care*, 12(2), 39–40.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). Adverse Childhood Experiences (ACEs). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/index.html>.
- Clark, L. R., Fraza, V., Schroeder, S., & Maddens, M. E. (1995). Alternative nursing environments: Do they affect hospital outcomes? *Journal of Gerontological Nursing*, 21(11), 32–38.
- Cooper, D. H. (1990). Optimizing wound healing: A practice within nursing domains. *Nursing Clinics of North America*, 25(1), 165–180.
- Crawford-Gamble, P. E. (1986). An application of Levine's conceptual model. *Perioperative Nursing Quarterly*, 2(1), 64–70.
- Delmore, B. A. (2006). Levine's framework in long-term ventilated patients during the weaning course. *Nursing Science Quarterly*, 19(3), 247–258.
- Dever, M. (1991). Care of children. In K. M. Schaefer, & J. B. Pond (Eds.), *The Conservation Model: A framework for nursing practice* (pp. 71–82). Philadelphia: F. A. Davis.
- Dubos, R. (1961). *Mirage of health*. Doubleday: Garden City, NY.
- Dubos, R. (1965). *Man adapting*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-range theory of chronic sorrow. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 179–184.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Fawcett, J. (1995). Levine's conservation model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (pp. 165–215). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2000). Levine's conservation model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (pp. 151–193). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2014). Thoughts about conceptual models, theories, and quality improvement projects. *Nursing Science Quarterly*, 27(4), 336–339.
- Fawcett, J., Tulman, L., & Samarel, N. (1995). Enhancing function in life transitions and serious illness. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1(3), 50–57.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koos, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Foreman, M. D. (1989). Confusion in the hospitalized elderly: Incidence, onset, and associated factors. *Research in Nursing and Health*, 12(1), 21–29.
- Gagner-Tjellesen, D., Yurkovich, E. E., & Gragert, M. (2001). Use of music therapy and other ITNIs in acute care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(10), 26–37.
- George, J. B. (2002). The conservation principles: A model for health. In J. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (pp. 225–240). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Gibson, J. E. (1966). *The senses considered as perceptual systems*. Boston: Houghton Mifflin.
- Goldstein, K. (1963). *The organism*. Boston: Beacon Press.
- Gomes, A. M. S., Vasconcelos, M. A., da Silva, R. C. C., & Neto, F. R. G. X. (2011). Feelings and expectations of subject with ostomy in light of the conceptual model of Levine (Spanish with English abstract). *Enfermería Comunitaria*, 7(1), 7.
- Grindley, J., & Paradowski, M. B. (1991). Developing an undergraduate program using Levine's model. In K. M. Schaefer, & J. B. Pond (Eds.), *Levine's conservation model: A framework for nursing practice* (pp. 199–208). Philadelphia: F. A. Davis.
- Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension*. Doubleday: Garden City, NY.
- Hanna, L. R., Avila, P. F., Meteer, J. D., Nicholas, D. R., & Kaminsky, L. A. (2008). The effects of a comprehensive exercise program on physical function, fatigue, and mood in

- patients with various types of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), 461–469.
- Hirschfeld, M. J. (1976). The cognitively impaired older adult. *American Journal of Nursing*, 76(12), 1981–1984.
- Jost, S. G. (2000). An assessment and intervention strategy for managing. *Journal of Nursing Administration*, 30(1), 34–40.
- Lane, L. D., & Winslow, E. H. (1987). Oxygen consumption, cardiovascular response, and perceived exertion in healthy adults during rest, occupied bedmaking, and unoccupied bedmaking activity. *Cardiovascular Nursing*, 23(6), 31–36.
- Langer, V. S. (1990). Minimal handling protocol for the intensive care nursery. *Neonatal Network*, 9(3), 23–27.
- Leach, M. J. (2006). Using Levine's conservation model to guide practice. *Ostomy Wound Management*, 52(8), 74–80.
- Levine, M. E. (1965). The professional nurse and graduate education. *Nursing Science*, 3(3), 206.
- Levine, M. E. (1966a). Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. *American Journal of Nursing*, 66(11), 2450–2454.
- Levine, M. E. (1966b). Trophicognosis: An alternative to nursing diagnosis. *American Nurses Association Regional Clinical Conferences*, 2, 55–70.
- Levine, M. E. (1967, Dec). For lack of love alone. *Minnesota Nursing Accent*, 39, 179.
- Levine, M. E. (1967b). The four conservation principles of nursing. *Nursing Forum*, 6(1), 45–59.
- Levine, M. E. (1969a). *Introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Levine, M. E. (1969b). The pursuit of wholeness. *American Journal of Nursing*, 69(1), 93.
- Levine, M. E. (1971a). Holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*, 6(2), 253–263.
- Levine, M. E. (1971b). *Instructor's guide to introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Levine, M. E. (1971c). *Renewal for nursing*. Philadelphia: F. A. Davis (Translated into Hebrew, Am Oved, Jerusalem, 1978).
- Levine, M. E. (1972). Benoni. *American Journal of Nursing*, 72(3), 466–468.
- Levine, M. E. (1973). *Introduction to clinical nursing* (2nd ed). Philadelphia: F. A. Davis.
- Levine, M. E. (1984, April). A conceptual model for nursing: The four conservation principles Proceedings from Allentown College of St. Francis Conference, Philadelphia.
- Levine, M. E. (1988). Antecedents from adjunctive disciplines: Creation of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 16–21.
- Levine, M. E. (1989). The four conservation principles: Twenty years later. In J. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed, pp. 325–337). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Levine, M. E. (1990). Conservation and integrity. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 189–201). New York: National League for Nursing.
- Levine, M. E. (1991). The conservation principles: A model for health. In K. Schaefer, & J. Pond (Eds.), *Levine's conservation model: A framework for nursing practice* (pp. 1–11). Philadelphia: F. A. Davis.
- Levine, M. E. (1992). Nightingale redux. In B. S. Barnum (Ed.), *Nightingale's notes on nursing: Commemorative edition with commentaries by nursing theorists* (pp. 39–43). Philadelphia: Lippincott.
- Levine, M. E. (1996). The conservation principles: A retrospective. *Nursing Science Quarterly*, 9(1), 38–41.
- Lynn-McHale, D. J., & Smith, A. (1991). Comprehensive assessment of families of the critically ill. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2(2), 195–209.
- Mefford, L. C. (1999). *The relationships of nursing care to health outcomes of preterm infants: Testing a theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing* [Doctoral Dissertation, University of Tennessee, Knoxville]. *Dissertation Abstracts International*, 60(09B), 4522.
- Mefford, L. C. (2004). A theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 17(3), 260–266.
- Mefford, L. C., & Alligood, M. R. (2011a). Testing a theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing. *Journal of Theory Construction and Testing*, 15(2), 41–47.
- Mefford, L. C., & Alligood, M. R. (2011b). Evaluating nurse staffing patterns and neonatal intensive care unit outcomes using Levine's conservation model of nursing. *Journal of Nursing Management*, 19(11), 998–1011.
- Mefford, L. C. (2022). A middle range theory of healing from childhood loss. *Nursing Science Quarterly*, (accepted for forthcoming 35th anniversary issue).
- Mefford, L. C., Phillips, K. D., & Chung, M. (2020). Childhood loss experiences, religious-spiritual practices, and hope as predictors of adult life satisfaction. *Issues in Mental Health Nursing*, 1–11. doi:10.1080/01612840.2020.1828514.
- Melancon, B., & Miller, L. H. (2005). Massage therapy versus traditional therapy for low back pain relief. *Holistic Nursing Practice*, 19(3), 116–121.
- Mid-Year Convocation: Loyola University, Chicago. (1992). The Conferring of Honorary Degrees by R. C. Baumhart, Candidate for the degree of Doctor and Humane Letters, p. 6.
- Mock, V., St. Ours, C., Hall, S., Bositis, A., Tillery, M., Belcher, A., et al. (2007). Using a conceptual model in nursing research—mitigating fatigue in cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 503–512.
- Molchany, C. B. (1992). Ventricular septal and free wall rupture complicating acute MI. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 38–45.
- Neswick, R. S. (1997). Myra E. Levine: A theoretical basis for ET nursing. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 24(1), 6–9.
- Netto, L. D., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Tyrrell, M. A. R., & Bravo, M. D. (2014). Violence against women and its consequences (Published in both English and Portuguese). *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458–464.
- Newport, M. A. (1984). Conserving thermal energy and social integrity in the newborn. *Western Journal of Nursing Research*, 6(2), 175–197.
- O'Laughlin, K. M. (1986). Change in bladder function in the woman undergoing radical hysterectomy for cervical cancer.

- Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing*, 15(5), 380–385.
- Piccoli, M., & Galvao, C. M. (2005). Pre-operative nursing visit: Methodological proposal based on Levine's conservation model. (Portuguese with English abstract). *Revista Electronica de Enfermagem*, 7(3), 365–371.
- Pond, J. B. (1990). Application of Levine's conservation model to nursing the homeless community. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 203–215). New York: National League for Nursing.
- Pond, J. B. (1996). Myra Levine, nurse educator and scholar dies. *Nursing Spectrum*, 5(8), 8.
- Radwin, L., & Fawcett, J. (2002). A conceptual model based programme of nursing research: Retrospective and prospective applications. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 355–360.
- Roberts, J. E., Fleming, N., & Yeates-Giese, D. (1991). Perineal integrity. In K. M. Schaefer, & J. B. Pond (Eds.) *The conservation model: A framework for nursing practice* (pp. 61–70). Philadelphia: F. A. Davis.
- Roberts, K. L., Brittin, M., Cook, M., & deClifford, J. (1994). Boomerang pillows and respiratory capacity. *Clinical Nursing Research*, 3(2), 157–165.
- Roberts, K. L., Brittin, M., & deClifford, J. (1995). Boomerang pillows and respiratory capacity in frail elderly women. *Clinical Nursing Research*, 4(4), 465–471.
- Rogers, M.E. (1970) An introduction to the theoretical basis of nursing
- Savage, T. A., & Culbert, C. (1989). Early intervention: The unique role of nursing. *Journal of Pediatric Nursing*, 4(5), 339–345.
- Schaefer, K. M. (1990). A description of fatigue associated with congestive heart failure: Use of Levine's conservation model. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 217–237). New York: National League for Nursing.
- Schaefer, K. M. (1991a). Developing a graduate program in nursing: Integrating Levine's philosophy. In K. M. Schaefer, & J. B. Pond (Eds.), *Levine's conservation model: A framework for nursing practice* (pp. 209–218). Philadelphia: F. A. Davis.
- Schaefer, K. M. (1991b). Levine's conservation principles and research. In K. M. Schaefer, & J. B. Pond (Eds.), *Levine's conservation model: A framework for nursing practice* (pp. 45–60). Philadelphia: F. A. Davis.
- Schaefer, K. M. (1996). Levine's conservation model: Caring for women with chronic illness. In P. H. Walker, & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 187–228). New York: National League for Nursing Press.
- Schaefer, K. M. (2005). The lived experience of fibromyalgia in African American women. *Holistic Journal of Nursing*, 19(1), 17–25.
- Schaefer, K. M., & Pond, J. B (1991). *Levine's conservation model: A framework for nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Schaefer, K. M., & Pond, J. (1994). Levine's conservation model as a guide to nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 7(2), 53–54.
- Schaefer, K. M., & Potlycki, M. J. S. (1993). Fatigue in congestive heart failure: Use of Levine's conservation model. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 260–268.
- Schaefer, K. M., Swavely, D., Rothenberger, C., Hess, S., & Willistin, D. (1996). Sleep disturbances post coronary artery bypass surgery. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 11(1), 5–14.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sherrington, A. (1906). *Integrative function of the nervous system*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Stafford, M. J. (1996). In tribute: Myra Estrin Levine, Professor Emerita, MSN, RN, FAAN. *Chart* 93(3), 5–6.
- Taylor, J. W. (1974). Measuring the outcomes of nursing care. *Nursing Clinics of North America*, 9, 337–348.
- Taylor, J. W. (1989). Levine's conservation principles: Using the model for nursing diagnosis in a neurological setting. In J. P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed, pp. 349–358). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Taylor, J. W., & Ballenger, S. (1980). *Neurological dysfunction and nursing interventions*. New York: McGraw-Hill.
- Tribotti, S. (1990). Admission to the neonatal intensive care unit: Reducing the risks. *Neonatal Network*, 8(4), 17–22.
- Waller-Wise, R. (2018). Utilizing Levine's conservation model in second-stage labor care. *International Journal of Childbirth Education*, 33(4), 32–35.
- Webb, H. (1993). Holistic care following a palliative Hartmann's procedure. *British Journal of Nursing*, 2(2), 128–132.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Levine, M. E. (1994). Some further thoughts on nursing rhetoric. In J. F. Kikuchi, & H. Simmons (Eds.), *Developing a philosophy of nursing* (pp. 104–109). Thousand Oaks, CA: Sage.

Artículos de revistas

- Levine, M. E. (1963). Florence Nightingale: The legend that lives. *Nursing Forum*, 2(4), 24–35.
- Levine, M. E. (1964). Not to startle, though the way were steep. *Nursing Science*, 2(1), 58–67.
- Levine, M. E. (1964). There need be no anonymity. *First*, 18(9), 4.
- Levine, M. E. (1967). Medicine-nursing dialogue belongs at patient's bedside. *Chart*, 64(5), 136–137.
- Levine, M. E. (1967). This I believe: About patient-centered care. *Nursing Outlook*, 15(2), 53–55.
- Levine, M. E. (1968). Knock before entering personal space bubbles (part 1). *Chart*, 65(2), 58–62.
- Levine, M. E. (1968). Knock before entering personal space bubbles (part 2). *Chart*, 65(3), 82–84.
- Levine, M. E. (1968). The pharmacist in the clinical setting: A nurse's viewpoint. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 25(4), 168–171. Also translated into Japanese and published in *Kyushu National Hospital Magazine* for Western Japan.
- Levine, M. E. (1969, Feb). Constructive student power. *Chart*, 66(2), 42FF.
- Levine, M. E. (1969). Small hospital—Big nursing. *Chart*, 66(10), 265–269.

- Levine, M. E. (1969). Small hospital—Big nursing. *Chart*, 66(11), 310–315.
- Levine, M. E. (1970). Breaking through the medications mystique. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 27(4), 294–299. *American Journal of Nursing*, 70(4), 799–803.
- Levine, M. E. (1970). Dilemma. *ANA Clinical Conferences*, 338–342.
- Levine, M. E. (1970). Symposium on a drug compendium: View of a nursing educator. *Drug Information Journal*, 4, 133–135.
- Levine, M. E. (1970). The intransigent patient. *American Journal of Nursing*, 70(10), 2106–2111.
- Levine, M. E. (1971). Consider implications for nursing in the use of physician's assistant. *Hospital Topics*, 49, 60–63.
- Levine, M. E. (1971). The time has come to speak of health care. *AORN Journal*, 13(1), 37–43.
- Levine, M. E. (1972). Nursing educators—An alienating elite? *Chart*, 69(2), 56–61.
- Levine, M. E. (1973). On creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 3(3), 15–19.
- Levine, M. E. (1974). The pharmacist's clinical role in interdisciplinary care: A nurse's viewpoint. *Hospital Formulary Management*, 9(1), 47.
- Levine, M. E. (1975). On creativity in nursing. *Nursing Digest*, 3(3), 38–40.
- Levine, M. E. (1977). Nursing ethics and the ethical nurse. *American Journal of Nursing*, 77(5), 845–849.
- Levine, M. E. (1978). Cancer chemotherapy: A nursing model. *Nursing Clinics of North America*, 13(2), 271–280.
- Levine, M. E. (1978). Does continuing education improve nursing practice. *Hospitals*, 52(21), 138–140.
- Levine, M. E. (1978). Kapklavoo and nursing, too (Editorial). *Research in Nursing and Health*, 1(2), 51.
- Levine, M. E. (1979). Knowledge base required by generalized and specialized nursing practice (pp. 57–69). Levine: ANA Publications.
- Levine, M. E. (1980). The ethics of computer technology in health care. *Nursing Forum*, 19(2), 193–198.
- Levine, M. E. (1982). Bioethics of cancer nursing. *Rehabilitation Nursing*, 7(2), 27–31. 41.
- Levine, M. E. (1982). The bioethics of cancer nursing. *Journal of Enterostomal Therapy*, 9(1), 11–13.
- Levine, M. E. (1988). What does the future hold for nursing? 25th Anniversary Address, 18th District. *Illinois Nurses Association Newsletter*, 24(6), 1–4.
- Levine, M. E. (1989). Beyond dilemma. *Seminars in Oncology Nursing*, 5(2), 124–128.
- Levine, M. E. (1989). The ethics of nursing rhetoric. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 21(1), 4–5.
- Levine, M. E. (1989). Ration or rescue: The elderly in critical care. *Critical Care Nursing*, 12(1), 82–89.
- Levine, M. E. (1995). The rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(1), 11–14.
- Levine, M. E. (1996). On the humanities in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(2), 19–23.
- Levine, M. E. (1997). On creativity in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 29(3), 216–217.
- Levine, M. E., Hallberg, C., Kathrein, M., & Cox, R. (1972). Nursing grand rounds: Congestive failure. *Nursing '72*, 2(10), 18–23.
- Levine, M. E., Line, L., Boyle, A., & Kopacewski, E. (1972). Nursing grand rounds: Insulin reactions in a brittle diabetic. *Nursing '72*, 2(5), 6–11.
- Levine, M. E., Moschel, P., Taylor, J., & Ferguson, G. (1972). Nursing grand rounds: Complicated case of CVA. *Nursing '72*, 2(3), 3–34.
- Levine, M. E., Zoellner, J., Ozmon, B., & Simunek, E. (1972). Nursing grand rounds: Severe trauma. *Nursing '72*, 2(9), 33–38.



Martha E. Rogers
(1914-1994)¹

Martha E. Rogers: seres humanos unitarios

Mary E. Gunther*

«La práctica profesional de la enfermería busca promover la interacción sinfónica entre el hombre y el entorno, fortalecer la coherencia y la integridad del campo humano, y dirigir y reorientar el patrón de los campos humano y del entorno para lograr el máximo potencial de salud.»

(Rogers, 1970, p. 112)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Martha Elizabeth Rogers, la mayor de los cuatro hijos de Bruce Taylor Rogers y Lucy Mulholland Keener Rogers, nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas, Texas. Poco después de su nacimiento, la familia volvió a Knoxville (Tennessee). Comenzó su formación universitaria en la University of Tennessee, donde estudió Ciencias (1931-1933). Después de diplomarse en Enfermería en la Knoxville General Hospital School of Nursing (1936), rápidamente obtuvo una licenciatura en el George Peabody College en Nashville (Tennessee) (1937). Sus otras titulaciones son un grado de máster en Supervisión de Enfermería en Salud Pública por el Teachers College, de la Columbia University, Nueva York (1945), otro grado de máster (1952) y el doctorado en Ciencias (1954) por la Johns Hopkins University en Baltimore.

Los primeros años de Rogers en la práctica de la enfermería fueron en el ámbito de la salud pública rural en Michigan y como supervisora y formadora de enfermeras domiciliarias en Connecticut, donde también ejerció como tal. A continuación, Rogers creó el Visiting Nurse Service de Phoenix, en Arizona. Durante 21 años (1954-1975) fue profesora y jefa de la Division of Nursing de la New York University. Después de 1975 continuó con sus obligaciones como profesora, hasta que

recibió el nombramiento de profesora emérita en 1979. Tuvo este título hasta su muerte, el 13 de marzo de 1994, a la edad de 79 años.

Las publicaciones de Rogers incluyen tres libros y más de 200 artículos. Impartió conferencias en más de 46 estados, en el Distrito de Columbia, además de en Puerto Rico, México, Holanda, China, Terranova, Colombia, Brasil y otros países (M. Rogers, comunicación personal, marzo de 1988). Rogers fue nombrada doctora *honoris causa* en instituciones tan prestigiosas como la Duquesne University, University of San Diego, el Iona College, la Fairfield University, la Emory University, la Adelphi University, el Mercy College y la Washburn University of Topeka. Entre los numerosos premios que se le otorgaron por su contribución y liderazgo en el campo de la enfermería están los reconocimientos como fuente de inspiración para el liderazgo en el ámbito de las relaciones entre los diferentes grupos, de la Hermandad Chi Eta Phi; a su destacada contribución a la enfermería, por la New York University, y a su magnífico servicio a la enfermería, por el Teachers College. Asimismo, la New York University alberga el Martha E. Rogers Center for the Study of Nursing Science. En 1996, el nombre de Rogers se añadió a título póstumo en el American Nurses Association Hall of Fame.

En 1988, compañeros y estudiantes se unieron a ella para formar la Society of Rogerian Scholars (SRS) e inmediatamente comenzaron a publicar la *Rogerian Nursing Science News*, un boletín de noticias dirigido a los miembros con la finalidad de difundir los avances teóricos y los estudios de investigación (Malinski, 2009). En 1993, la SRS comenzó a publicar una revista referenciada, *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. La sociedad incluye una fundación que

*Autoras anteriores: Kaye Bultemeier, Mary Gunther, Joann Sebastian Daily, Judy Sporleder Maupin, Cathy A. Murray, Martha Carole Satterly, Denise L. Schnell y Therese L. Wallace. Las ediciones anteriores de este capítulo fueron revisadas por la Dra. Lois Meier y la Dra. Martha Rogers.

¹Fotografía: Kathleen Leiningner, Shiner, TX.

mantiene y administra la Martha E. Rogers Fund. En 1995, la New York University creó el Martha E. Rogers Center para proporcionar una estructura de seguimiento de la investigación y la práctica de Rogers.

Un retrato verbal de Rogers incluiría términos descriptivos como *estimulante, desafiante, controvertida, idealista, visionaria, profética, filosófica, académica, directa, divertida, contundente y ética*. Rogers es ampliamente reconocida como académica y por su contribución y capacidad de liderazgo en el ámbito de la enfermería. Butcher (1999) señaló que «Rogers, al igual que Nightingale, era extremadamente independiente, una persona determinada y perfeccionista que confiaba en su visión a pesar del escepticismo» (p. 114). Sus colaboradores la consideran una de las pensadoras más originales de la enfermería por la forma en que sintetizó y resintetizó los conocimientos en «un sistema de pensamiento totalmente nuevo» (Butcher, 1999, p. 111).

FUENTES TEÓRICAS

La base de Rogers en ciencias y artes liberales es evidente tanto en el origen como en el desarrollo de su modelo conceptual, publicado en 1970 como *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing* (Rogers, 1970). Consciente de la relación entre los conocimientos, Rogers debe la influencia que recibió en el desarrollo de su ciencia de los seres humanos unitarios (CSHU) a científicos de múltiples disciplinas. La ciencia de Rogers se fundamentó en la antropología, la psicología, la sociología, la astronomía, la religión, la filosofía, la historia, la biología, la física, las matemáticas y la literatura, para así crear un modelo de seres humanos unitarios y su entorno como campos de energía esenciales para el proceso vital. En el ámbito de la enfermería, los orígenes de la ciencia de Rogers se encuentran en las propuestas y en los datos estadísticos de Nightingale, quien ubica al ser humano dentro del marco del mundo natural. Este «fundamento creado con el objetivo de obtener una enfermería moderna» dio lugar al inicio de la investigación en enfermería sobre la relación entre los seres humanos y el entorno (Rogers, 1970, p. 30). Newman (1997) describe la CSHU como «el estudio de la experiencia conmovedora e intuitiva de las enfermeras en el proceso mutuo con aquellos a los que atienden» (p. 9).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Al ser un sistema conceptual abstracto, la CSHU no identifica directamente unos indicadores empíricos comprobables. Al contrario, determina un punto de vista del mundo y una filosofía que se utilizan para identificar los fenómenos de interés para la disciplina enfermera. Como ya se ha mencionado anteriormente, el modelo de Rogers surgió de múltiples fuentes del saber; las que se adivinan más fácilmente son la dinámica no lineal de la física cuántica y el sistema teórico general.

En su modelo es evidente la influencia de la teoría de la relatividad de Einstein (1961) en relación con el espacio-tiempo y la teoría electrodinámica de Burr y Northrop (1935) en relación con los campos eléctricos. Cuando von Bertalanffy (1960) introdujo la teoría general de sistemas, las teorías relativas a un universo de sistemas abiertos empezaban a influir en el desarrollo del conocimiento en todas las disciplinas. Con la teoría general de sistemas, se empezó a usar el término **negentropía** para designar el aumento del orden, la complejidad y la heterogeneidad, en contraste directo con la creencia anterior de que el universo estaba menguando poco a poco. Sin embargo, Rogers pulió la teoría general de sistemas negando sus subsistemas jerárquicos, el concepto de una única causalidad y la previsibilidad de un sistema de conducta por medio de la investigación de sus partes.

La introducción de las teorías cuántica, de la relatividad y de la probabilidad puso en tela de juicio el absolutismo imperante. A medida que aumentaban los nuevos conocimientos, se cuestionaron seriamente los significados tradicionales de *homeostasis, estado estacionario, adaptación y equilibrio*. El modelo entrópico de sistema cerrado del universo ya no era adecuado para explicar los fenómenos, y se acumularon pruebas en apoyo de un universo de sistemas abiertos (Rogers, 1994b). En la actualidad, el modelo de Rogers se confirma con los continuos avances de otras disciplinas de dinámicas no causales ni lineales de la vida. El factor más notable de este avance fue la teoría del caos, una contribución de la física cuántica a la ciencia de la complejidad (o de la totalidad), que difuminó los límites existentes entre las disciplinas, lo que permite que se explore y se profundice en el entendimiento de toda la experiencia humana.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

En 1970, el modelo conceptual de enfermería de Rogers se basaba en un conjunto de supuestos básicos que describían el proceso vital de los seres humanos: la integridad, la apertura, la unidireccionalidad, el patrón y la organización, la sensibilidad y el pensamiento caracterizaban el proceso vital (Rogers, 1970).

Rogers postula que los seres humanos son campos energéticos dinámicos que forman parte de los campos del entorno. Tanto los campos del ser humano como los del

entorno se identifican por un modelo y se caracterizan por formar un universo de sistemas abiertos. En su paradigma de 1983, Rogers postuló los cuatro componentes básicos de su modelo: *el campo de energía, un universo de sistemas abiertos, el patrón y las cuatro dimensiones*.

Rogers actualizó constantemente el modelo conceptual mediante la revisión de los principios de la homeodinámica. Los cambios que efectuaba correspondían al avance paralelo que se producía en la tecnología y en la ciencia. En 1983,

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Rogers cambió la denominación de *hombre unitario* por la de *ser humano unitario*, para eliminar el concepto del género. La aclaración adicional de que los seres humanos unitarios son algo separado y diferente del término *holístico* subrayaba la especial contribución de la enfermería al cuidado de la salud. En 1992, las *cuatro dimensiones* evolucionaron para convertirse en la *pandimensionalidad*. Los postulados fundamentales de Rogers siguen siendo coherentes desde su presentación; todo lo que Rogers escribió posteriormente sirvió para profundizar en sus ideas iniciales.

Campo de energía

Un *campo de energía* constituye la unidad fundamental tanto de lo vivo como de lo inanimado. El *campo* es un concepto unificador, y la *energía* viene a ser la naturaleza dinámica del campo. Los campos de energía son infinitos y pandimensionales. Se identifican dos tipos de campos: el campo humano y el campo del entorno. «Concretamente, los seres humanos y el entorno son campos de energía» (Rogers, 1986b, p. 2). El **ser humano unitario (campo humano)** se define como un campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se identifica por un patrón y manifiesta características que son específicas del conjunto y que no pueden predecirse a partir del conocimiento de las partes. El campo del entorno se define como un campo de energía irreductible y pandimensional que se identifica por el patrón y que se integra con el campo humano. Cada **campo del entorno** es específico de un determinado campo humano. Aunque no es necesariamente cuantificable, un campo de energía tiene una capacidad inherente para crear cambios (Todaro-Franceschi, 2008). En este caso, tanto el campo humano como el del entorno cambian de forma continua, creativa e integral (Rogers, 1994a).

Universo de sistemas abiertos

El concepto de **universo de sistemas abiertos** sostiene que los campos de energía son infinitos, abiertos y se integran entre sí (Rogers, 1983). Los campos del ser humano y de su entorno se hallan en continuo proceso y son sistemas abiertos.

Patrón

El **patrón** identifica los campos de energía. Es la característica distintiva de un campo de energía y se percibe como un único movimiento. La naturaleza del patrón cambia de forma continua e innovadora, y estos cambios dan identidad al campo de energía. Cada patrón de campo humano es único y se integra con el campo del entorno (Rogers, 1983). Las manifestaciones emergen como un proceso mutuo entre el ser humano y su entorno. El patrón es algo abstracto y se revela por medio de las manifestaciones. La sensación de identidad de uno mismo es una manifestación del campo, cuya naturaleza es única en cada individuo. Algunas variaciones en las manifestaciones de los patrones se han descrito con frases como «ritmos más largos frente a más cortos», «pragmático frente a imaginativo» y percepción del tiempo como «rápido» o «lento». El patrón cambia continuamente y puede manifestarse como enfermedad, malestar o bienestar. El cambio que sufre el patrón es continuo, innovador y relativo.

Pandimensionalidad

Rogers define la **pandimensionalidad** como un dominio no lineal sin atributos espaciales o temporales, o como señala Phillips (2010), «esencialmente una realidad sin espacio y sin tiempo» (p. 56). El término *pandimensional* plantea un dominio infinito sin límites. Es la mejor forma de expresar la idea de un todo unitario.

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

La enfermería es una profesión erudita y es tanto una ciencia como un arte. Es una ciencia empírica y, al igual que otras ciencias, radica en el fenómeno central de su enfoque. El tipo de enfermería que describió Rogers se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven –papel que encaja a la perfección con la enfermería, puesto que abarca a las personas y al entorno en que viven–. La integración de las personas y su entorno, que funciona como un universo pandimensional compuesto por sistemas abiertos, apunta hacia un nuevo paradigma y lleva al comienzo de la identificación de la enfermería como una ciencia. El fin de la enfermería es fomentar la salud y el bienestar en todos los individuos. El arte de la enfermería es el uso creativo de la ciencia de la enfermería para provocar una mejora en las personas (Rogers, 1994b). «La práctica profesional de la enfermería busca promover la interacción

sinfónica entre el campo del ser humano y el de su entorno, fortalecer la integridad del campo humano, y dirigir y reorientar el patrón de los campos del ser humano y del entorno para conseguir el máximo potencial de salud» (Rogers, 1970, p. 122). La enfermería se creó para atender a las personas y sus procesos vitales.

Persona

Rogers define a la **persona** como un sistema abierto en continuo proceso con el sistema abierto que es el entorno (integración). Define al **ser humano unitario** como un «campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se identifica por un patrón y manifiesta características que son específicas del conjunto» (Rogers, 1992, p. 29). Los seres humanos «no son entidades incorpóreas ni conglomerados mecánicos... El hombre es un todo unificado que posee su propia integridad y que manifiesta características que son más numerosas y distintas de la suma de sus partes» (Rogers, 1970,

pp. 46-47). Según el modelo conceptual específico relacionado con la enfermería, las personas y su entorno se interpretan como campos irreducibles de energía que, durante su evolución, se integran entre sí y usan continuamente la creatividad.

Salud

Rogers utiliza el término **salud** en muchos de sus primeros escritos, sin definir claramente el término. Utiliza el término **salud pasiva** para simbolizar el bienestar y la ausencia de enfermedades y dolencias importantes (Rogers, 1970). Su promoción de la salud positiva connota una tendencia a ayudar a las personas con oportunidades para lograr una coherencia rítmica (Rogers, 1970). Más tarde, escribió que el bienestar «es un término mucho mejor... porque el término *salud* es muy ambiguo» (Rogers, 1994b, p. 34).

Rogers usa *salud* como un término de valor definido por la cultura o el individuo. La salud y la enfermedad son manifestaciones del patrón y se considera que «denotan conductas de alto y bajo valor» (Rogers, 1980). Los acontecimientos que suceden a lo largo del proceso vital indican la magnitud del índice de salud que adquiere el ser humano de acuerdo con ciertos sistemas de valores. En la ciencia planteada por Rogers, el fenómeno en el que se basa el sistema conceptual de enfermería es el proceso vital humano. El proceso vital tiene su propia unidad dinámica y creativa, que es inseparable del entorno y se caracteriza por ser un todo (Rogers, 1970). Utilizando esta definición como base de su investigación, Guelnder et al. (2005) postulan que la sensación de bienestar (buen estado) de un ser humano se manifiesta por una mayor frecuencia y una mayor diversidad de patrones.

En «Dimensions of Health: A View from Space», Rogers (1986b) reafirma las aseveraciones teóricas originales, añadiendo retos filosóficos a la percepción predominante de la salud. Al hacer hincapié en un nuevo punto de vista del mundo que se centra en las personas y su entorno, enumera la yatrogenia, las infecciones nosocomiales y la hipocondría como los problemas de salud más graves que existen en EE. UU. Rogers (1986b) escribe: «Una nueva visión del mundo compatible con los conocimientos más avanzados disponibles es un preludio necesario para estudiar la salud humana y determinar las modalidades que se deben usar para fomentarla, ya sea en este planeta o en otros lugares del espacio» (p. 2).

Entorno

Rogers (1994a) define el entorno como «un campo energético irreducible y pandimensional identificado por un patrón y que manifiesta características diferentes a las de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo» (p. 3). Los campos del entorno son infinitos y su modificación siempre es innovadora e impredecible y se caracteriza por una diversidad en aumento. Los campos del entorno y del ser humano se identifican mediante patrones de onda que manifiestan un cambio mutuo continuo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los principios de la homeodinámica postulan una forma de percibir a los seres humanos unitarios. La evolución de estos principios desde 1970 hasta 1994 se muestra en la [tabla 13.1](#). Rogers (1970) escribió que «el proceso vital es homeodinámico... estos principios postulan cómo es el proceso vital y predicen la naturaleza de su evolución» (p. 96). Rogers identificó los principios del cambio como la **helicidad**, **resonancia** e **integración**. El principio de helicidad describe un desarrollo en forma de espiral bajo un modelo continuado, irrepetible e innovador. La articulación por parte de Rogers de este principio de helicidad, donde describe la naturaleza del cambio, evoluciona desde la probabilidad hasta lo impredecible, mientras que el principio se mantiene continuado e innovador. Según el principio de resonancia, el modelo cambia con un desarrollo que va desde la baja hasta la alta frecuencia; tiene grados variables de intensidad. La resonancia viene a expresar los cambios de frecuencia y la evolución del modelo de campo de energía. La integración, el tercer principio de la homeodinámica, «refleja la unidad o totalidad de los seres humanos y su entorno» (Jarrin, 2012, p. 14). Los principios de la homeodinámica (naturaleza, proceso y contexto de cambio) apoyan y ejemplifican la afirmación de que «el universo es energía que siempre se diversifica a través de frecuencias de onda cambiantes y continuas» (Phillips, 2010, p. 57). Además, Todaro-Franceschi (2008) nos recuerda que esta naturaleza cambiante es intrínseca de los campos, no exterior a ellos.

En 1970, Rogers identificó los siguientes cinco supuestos que también son afirmaciones teóricas que apoyan su modelo derivado de la literatura sobre los seres humanos, la física, las matemáticas y la ciencia del comportamiento:

1. «El hombre es un todo unificado que posee su propia integridad y que manifiesta características más numerosas y diferentes que la suma de sus partes» (campo de energía) (p. 47).
2. «El hombre y el entorno intercambian continuamente materia y energía entre sí» (apertura) (p. 54).
3. «El proceso vital evoluciona de forma irreversible y unidireccional a lo largo del continuo espacio-tiempo» (helicidad) (p. 59).
4. «El patrón y la organización identifican al hombre y reflejan su totalidad innovadora» (patrón y organización) (p. 65).
5. «El hombre se caracteriza por la capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción» (ser sensible y pensante) (p. 73).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Rogers utiliza un método dialéctico en contraposición a un método logístico, problemático u operacional; es decir, Rogers explica la enfermería refiriéndose a principios más amplios que explican a los seres humanos. Define a los seres humanos

TABLA 13.1 Evolución de los principios de la homeodinámica

Introducción a las bases teóricas de la enfermería, 1970	Enfermería: ciencia del hombre unitario, 1980	Ciencia de los seres unitarios humanos: un paradigma para la enfermería, 1983	Dimensiones de salud: una visión desde el espacio, 1986	Ciencia enfermera y era espacial, 1992
Resonancia				
Propagación continuada de series de ondas entre el hombre y su entorno	Cambio continuo de patrones de ondas de menor a mayor frecuencia en los campos humano y del entorno	Cambio continuo de patrones de ondas de menor a mayor frecuencia en los campos humano y del entorno	Cambio continuo de patrones de ondas de menor a mayor frecuencia en los campos humano y del entorno	Cambio continuo de patrones de ondas de menor a mayor frecuencia en los campos humano y del entorno
Helicidad				
Cambio continuo e innovador que surge de la interacción mutua del hombre y el entorno a lo largo de un eje longitudinal en espiral, delimitado en el espacio y en el tiempo	La naturaleza del cambio entre los campos humano y del entorno es continuamente innovadora, probabilística y cada vez más diversa, y manifiesta ritmos que no se repiten	Diversidad continuamente innovadora, probabilística y creciente de los patrones de los campos humano y del entorno, caracterizados por ritmos que no se repiten	Diversidad del entorno continuamente innovadora, probabilística y creciente caracterizada por ritmos que no se repiten	Diversidad continua, innovadora, imprevisible y creciente de los patrones de los campos humano y del entorno
Reciprocidad				
Interacción continua y mutua entre los campos humano y del entorno	—	—	—	—
Sincronía				
Cambio en el campo humano y estado simultáneo del campo del entorno en cualquier punto del espacio-tiempo	Interacción continua, mutua y simultánea entre los campos humano y del entorno	Proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno	Proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno	Proceso continuo y mutuo del campo humano y del campo del entorno

Conceptualizado por J. S. Daily; revisado por D. Schnell y T. Wallace; actualizado por C. Murray.

por medio de principios que caracterizan al universo, basado en la perspectiva de un todo que organiza las partes.

El modelo de Rogers de los seres humanos unitarios es deductivo y lógico. La teoría de la relatividad, la teoría general de sistemas, la teoría electrodinámica de la vida y muchas otras teorías contribuyeron a las ideas que Rogers usó para su modelo. Los seres humanos unitarios y su entorno, componentes esenciales de este modelo, se integran entre sí. Los cimientos básicos de su modelo son el campo de energía, los sistemas abiertos, el modelo y la pandimensionalidad, que aporta un nuevo punto de vista del mundo. Estos conceptos forman la base del sistema conceptual abstracto que define la enfermería y la salud. Rogers obtuvo los principios de la homeodinámica de este sistema conceptual abstracto, los cuales defienden la naturaleza y la dirección de la evolución del ser

humano. Aunque Rogers acuñó los términos **homeodinámica** (estado similar de cambio y crecimiento), **helicidad** (evolución), **resonancia** (intensidad del cambio) e **integración** (totalidad), todas las definiciones son etimológicamente coherentes y lógicas.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

El modelo planteado por Rogers es un sistema abstracto de ideas desde el que abordar la práctica de la enfermería. El modelo de Rogers, en el que se hace hincapié en la experiencia y la existencia, es relevante en el sistema sanitario actual, en el

que importa más un buen servicio de atención continuado que una enfermedad u hospitalización episódicas. Este modelo aporta un marco filosófico abstracto en el que situar los fenómenos de los campos del ser humano y de su entorno. En este marco, la enfermería se basa en un conocimiento teórico que guía la práctica enfermera. La práctica profesional de la enfermería es creativa e imaginativa, y su finalidad es atender a las personas. Sus fundamentos son el juicio u opinión razonados, el conocimiento abstracto y la compasión humana.

Históricamente, la enfermería ha equiparado la práctica con lo práctico y la teoría con lo contrario a lo práctico. En cambio, hablando con propiedad, se diría que la teoría y la práctica son componentes relacionados en una misma práctica enfermera. Los conocimientos de enfermería proporcionan el marco para la aplicación artística emergente de los cuidados de enfermería (Rogers, 1970). Derivada de los principios de la homeodinámica, la teoría del arte de la enfermería (Alligood, 2002) incluye el respeto (resonancia), la responsabilidad (helicidad) y la empatía (integración). La teoría propone que la aplicación del arte de la enfermería es «la capacidad de equilibrar el respeto por la libertad humana y los derechos individuales con la responsabilidad por el bienestar de los demás a través del conocimiento desde el atributo de sentimiento de la empatía» (p. 58).

Dentro del modelo de Rogers, el proceso de pensamiento crítico que dirige la práctica puede dividirse en tres componentes: valoración del patrón, modelo mutuo y evaluación. Cowling (2000) afirma que la valoración del modelo pretende evitar, si no trascender, las categorías reduccionistas de los marcos valorativos físicos, mentales, espirituales, emocionales, culturales y sociales. Por medio de la observación y la participación, la enfermera se concentra en expresiones humanas como son la reflexión, la experiencia y la percepción, para formarse así un perfil del paciente. La exploración mutua que se realiza en los modelos de reciente aparición permite identificar los conceptos que predominan en el proceso pandimensional del campo del ser humano y de su entorno. El entendimiento mutuo implica tener presente la participación, pero eso no conlleva que la enfermera prescriba un cambio o prediga resultados. Como explica Cowling (2000), «una característica crítica del proceso de valoración del patrón unitario, y también de la curación a través de la valoración integral, es la voluntad por parte del científico o del profesional de dejar de lado las expectativas de cambio» (p. 31). La evaluación se centra en las sensaciones que surgen durante la consecución del modelo mutuo.

Las modalidades de patrones no invasivos utilizadas dentro de la práctica de Rogers incluyen, entre otras, la acupuntura, la aromaterapia, el tacto y el masaje, las imágenes guiadas, la meditación, la autorreflexión, la reminiscencia guiada, el humor, la hipnosis, la manipulación dietética, la presencia trascendente y la música (Alligood, 1991a; Jonas-Simpson, 2010; Larkin, 2007; Levin, 2006; Lewandowski et al, 2005; Malinski y Todaro-Franceschi, 2011; Siedliecki y Good, 2006; Smith y Kyle, 2008; Smith et al., 2002; Walling, 2006; Yarcheski et al., 2002). Barrett (1998) señala que son parte integral de estas

modalidades «el diálogo elocuente, centrarse en algo concreto y la autenticidad pandimensional (sinceridad, honradez, aceptación y cuidados expertos)» (p. 138). Las enfermeras participan en la experiencia vivida de la salud en una multitud de papeles, lo que incluye «mediadores y educadores, defensores, evaluadores, planificadores, coordinadores y colaboradores», mediante la aceptación de la diversidad, el reconocimiento de patrones, la percepción del cambio como algo positivo y la aceptación de la conectividad de la vida (Malinski, 1986, p. 27). Estos papeles pueden requerir que la enfermera «deje de lado las ideas tradicionales de tiempo, espacio y resultado» (Malinski, 1997, p. 115).

El modelo Rogers proporciona un marco desafiante e innovador desde el que planificar y aplicar la práctica enfermera, que Barrett (1998) define como el «proceso continuo (de un modelo mutuo voluntario) en el que la enfermera ayuda a los clientes a elegir libremente y de modo consecuente las formas de participar en su bienestar» (p. 136).

Formación

Rogers articuló claramente las directrices para la formación de las enfermeras dentro de la CSHU. Rogers insiste en la estructura de los programas educativos para que se enseñe la enfermería como una ciencia y como una profesión para la que uno se debe formar. Barrett (1990b) dice que Rogers es una «voz constante que clama contra la antieducación y la dependencia» (p. 306). El modelo de Rogers expone claramente valores y creencias acerca del ser humano, la salud, la enfermería y el proceso educativo. Por este motivo, se ha utilizado para guiar el desarrollo del plan de estudios en todos los niveles de la educación en enfermería (Barrett, 1990b; DeSimone, 2006; Hellwig y Ferrante, 1993; Mathwig et al., 1990). Rogers (1990) afirmó que las enfermeras deben comprometerse con la formación de por vida y señaló que «la naturaleza de la práctica de la enfermería (es) el uso del conocimiento para la mejora de la humanidad» (p. 111).

Rogers abogó por dar un reconocimiento distinto a las enfermeras diplomadas y a los licenciados en enfermería, al reconocer que existen diferencias entre las enfermeras que han recibido una orientación técnica y las enfermeras profesionales. Según Rogers, la enfermera profesional debe estar bien formada y educada en humanidades, ciencias y enfermería. Este programa incluiría una formación básicas en lengua, matemáticas, lógica, filosofía, psicología, sociología, música, arte, biología, microbiología, física y química; las asignaturas optativas podrían ser economía, ética, ciencias políticas, antropología e informática (Barrett, 1990b). Con respecto al componente de investigación de la formación, Rogers declaró que:

«Los estudiantes universitarios deben ser capaces de identificar problemas, tener herramientas de investigación y seguir unos estudios que les permitan utilizar el conocimiento para mejorar la práctica, y deben ser capaces de leer la literatura de un modo inteligente. Las personas que hayan cursado un máster deberían ser capaces de llevar

a cabo una investigación aplicada... La investigación teórica, que es la investigación básica fundamental, se aprenderá en los programas de doctorado de alto nivel que se centran en la enfermería como campo de trabajo de aprendizaje».

(1994b, p. 34)

Barrett (1990b) señala que con el creciente uso de la tecnología y la mayor gravedad de las enfermedades de los pacientes hospitalizados, los estudiantes pueden verse limitados a meras experiencias de observación en estas instituciones. Por tanto, la adquisición de práctica en la utilización de tecnología se debe obtener en situación de laboratorio y en lugares alternativos, como en clínicas o en actividades de salud domiciliaria. Otros lugares para recibir formación son los programas de promoción de la salud, los programas de medicina gestionada, los centros de acogida para personas sin hogar y los centros geriátricos. La expansión de la tecnología también genera nuevas modalidades de enseñanza que requieren una mayor investigación sobre la pandimensionalidad, los campos de energía humanos y el compromiso (Kramer, 2018).

Investigación

El modelo conceptual de Rogers proporciona un estímulo y una dirección para la investigación y el desarrollo de la teoría en la ciencia de la enfermería. Fawcett (2000), que insiste en que el nivel de abstracción afecta a la observación y comprobación empíricas directas, respalda la designación de la CSHU como un modelo conceptual más que como un gran teoría. Afirma de manera contundente que la finalidad del trabajo determina la categoría que este ocupa. Los modelos conceptuales «identifican el propósito y el alcance de la enfermería y proporcionan marcos para los registros objetivos de los efectos de la enfermería» (Fawcett, 2005, p. 18).

Del modelo de Rogers surgen teorías que explican los fenómenos humanos y dirigen la práctica enfermera. El modelo de Rogers, con sus supuestos implícitos, aporta principios amplios que dirigen el desarrollo de la teoría de un modo conceptual. El modelo conceptual estimula y dirige la actividad científica. Las relaciones entre los fenómenos identificados generan tanto grandes teorías (mayor desarrollo de un aspecto del modelo) como teorías de nivel medio (descripción, explicación o predicción de aspectos concretos) (Fawcett, 1995).

Tres grandes teorías importantes se basan en el modelo conceptual de Rogers: la teoría de Newman sobre la salud como expansión de la conciencia, la teoría de Parse sobre volverse humano y el modelo de ritmo de la perspectiva vital de Fitzpatrick (Fawcett, 2015).

Han surgido numerosas teorías de nivel medio a partir de los tres principios homeodinámicos de Rogers: 1) helicidad; 2) resonancia, y 3) integración (fig. 13.1). Algunos ejemplos de teorías de nivel medio derivadas de los principios homeodinámicos son la del poder como participación consciente en el cambio (helicidad) (Barrett, 2010), la teoría de la disonancia percibida (resonancia) (Bultemeier, 2002) y la teoría de los

Principios de la homeodinámica

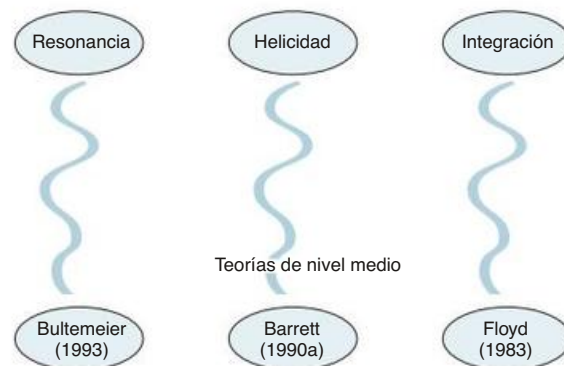


Fig. 13.1 Desarrollo de la teoría dentro de la ciencia de los seres humanos unitarios.

ritmos interactivos (integración) (Floyd, 1983). En su visión general de las teorías de Rogers basadas en la ciencia, Malinski (2009) identifica el trabajo dentro de conceptos específicos: 1) autotranscendencia (Reed, 2018), iluminación (Hills y Hanchett, 2001) y espiritualidad (Malinski, 1994; Smith, 1994); 2) turbulencia (Butcher, 1993) y disonancia (Bultemeier, 2002); 3) envejecimiento (Alligood y McGuire, 2000; Butcher, 2003); 4) intencionalidad (Ugarizza, 2002; Zahourek, 2005), y 5) cuidado unitario (Watson y Smith, 2002). Otras teorías de nivel medio abarcan los fenómenos del movimiento del campo humano (FERENCE, 1986), así como la creatividad, la realización y la empatía (Alligood, 1991b). Fawcett (2015) amplió la lista para incluir las teorías de nivel medio del empoderamiento en salud (Shearer, 2009), la diversidad del patrón de campos humanos (Hastings-Tolsma, 2006) y la salud como plenitud y armonía (Carboni, 1995). Phillips (2017, 2019) propuso una teoría de presencia pandimensional-conciencia-integral: «Un proceso de cambio rítmico... donde los cambios en la frecuencia de las ondas» (Phillips, 2019) dan lugar a manifestaciones de patrones únicos relacionados con el bienestar (un proceso dinámico, en contraste con la definición conceptual estática de la salud).

Recientemente, Willis et al. (2015) han postulado una teoría específica de la situación a partir de la CSHU: la teoría de la curación de los hombres que sufrieron maltrato en la infancia.

Rogers (1986a) sostiene que la investigación en enfermería debe examinar a los seres humanos unitarios integrados en su entorno. Así, el propósito de la investigación en enfermería es examinar y comprender cualquier fenómeno y, por medio de su comprensión, diseñar actividades para fomentar la mejora. Con el fin de obtener una mayor comprensión de las experiencias vividas, es esencial que la persona perciba y sea consciente de modo sensorial de lo que está sucediendo. La variedad de acontecimientos que se asocian al fenómeno humano aporta la información que hace referencia a la experiencia, y sirve para investigar, actividad que se realiza para aprehender las experiencias de la

vida de los seres humanos, que son dinámicas y cambiantes. El desafío para todo investigador que sigue el modelo de Rogers es seleccionar el método adecuado para estudiar a la persona y su entorno como fenómenos relacionados con la salud. Para la investigación dentro de la CSHU se ha usado tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, aunque no todos los investigadores estén de acuerdo en que ambas sean las apropiadas. Los investigadores están de acuerdo en que la congruencia ontológica y epistemológica entre el modelo y el enfoque debe ser considerada y reflejada por la pregunta que se desea responder con la investigación (Barrett et al., 1997). Los proyectos cuantitativos experimentales y los cuasi experimentales no son los adecuados, puesto que su objetivo es descubrir relaciones causales. Los diseños descriptivos, explicativos y correlacionales son los más apropiados, porque reconocen la diversidad, la universalidad y el cambio de patrones.

Los métodos de investigación específicos, que surgen de las teorías de nivel medio basadas en el modelo de Rogers, captan los fenómenos del ser humano y su entorno. Como medio para apprehender al ser humano unitario, Cowling (1998) describe el

proceso de valoración del modelo utilizando el método de estudio de casos mediante una combinación de investigación y práctica. Este estudio de casos concierne a toda la persona (irreducibilidad), tiene como objetivo comprender la esencia (modelo) y respeta las conexiones inherentes entre los fenómenos. El perfil de un modelo se compone mediante una sinopsis y una síntesis de los datos (Barrett et al., 1997). Otros métodos innovadores para registrar y adentrarse en el fenómeno del campo del ser humano y del entorno son el revelado de fotos (Bultemeier, 1997), la fenomenología descriptiva (Willis y Griffith, 2010), la interpretación hermenéutica de textos (Alligood y Fawcett, 1999) y la medición del efecto del diálogo combinado con modalidades no invasiva (Leddy y Fawcett, 1997).

El desarrollo de instrumentos de Rogers es amplio y está en constante evolución. Ha surgido una amplia gama de instrumentos para medir los fenómenos de los campos del ser humano y del entorno (tabla 13.2). Al salir a la luz continuamente teorías de nivel medio, enfoques de investigación e instrumentos, queda patente lo importante que llega a ser la ciencia de Rogers para la enfermería.

TABLA 13.2 Instrumentos de investigación y herramientas de práctica derivadas de la ciencia de los seres humanos unitarios

Herramienta de práctica y cita	Descripción
Human Field Motion Test (HFMT) (Ference, 1986)	Mide el movimiento del campo humano mediante valoraciones semánticas diferenciales de los conceptos «mi motor está en marcha» y «la expansión de mi campo»
Perceived Field Motion Scale (PFM) (Yarcheski y Mahon, 1991)	Mide la experiencia percibida del movimiento mediante valoraciones semánticas diferenciales del concepto «el movimiento de mi campo»
Human Field Rhythms (HFR) (Yarcheski y Mahon, 1991)	Mide la frecuencia de los ritmos en el proceso mutuo del campo de energía humano y del entorno mediante una escala analógica visual de un ítem
The Well-Being Picture Scale (Gouldner et al., 2005; Terwilliger et al., 2012)	Escala gráfica no lingüística que mide los conceptos de frecuencia, conciencia, acción y poder del campo de energía (bienestar general) en adultos; evaluada en niños en 2012
Power as Knowing Participation in Change Tool (PKPCT) (Barrett, 1990a, 2010)	Mide la capacidad de la persona para participar conscientemente en el cambio mediante valoraciones semánticas diferenciales de los conceptos de conciencia, elecciones, libertad para actuar intencionadamente e implicación en la creación de cambios
Diversity of Human Field Pattern Scale (DHFPS) (Hastings-Tolsma, 1993)	Mide la diversidad del patrón del campo humano, o el grado de cambio en la evolución del potencial humano a lo largo del proceso vital, mediante puntuaciones en una escala de Likert de 16 ítems
Human Field Image Metaphor Scale (HFIMS) (Johnston, 1993, 1994)	Mide la conciencia del individuo sobre la totalidad infinita del campo humano mediante puntuaciones en una escala de Likert de 14 metáforas que representan el potencial percibido y 11 metáforas que representan la integración del campo percibido
Temporal Experience Scale (TES) (Paletta, 1990)	Mide la experiencia subjetiva de la conciencia temporal mediante puntuaciones en una escala de Likert de 24 metáforas que representan los factores de arrastre del tiempo, carrera del tiempo y atemporalidad
Assessment of Dream Experience (ADE) (Watson, 1999)	Mide los sueños como una experiencia más allá de la vigilia por medio de puntuaciones en una escala de Likert, con 20 ítems que describen cómo han sido los sueños de la persona durante las últimas 2 semanas
Person-Environment Participation Scale (PEPS) (Leddy, 1995, 1999)	Mide la experiencia de la persona en el proceso mutuo humano-entorno continuo mediante puntuaciones semánticas diferenciales de 15 adjetivos bipolares que representan las áreas de contenido de comodidad, influencia, continuidad, facilidad y energía

TABLA 13.2 Instrumentos de investigación y herramientas de práctica derivadas de la ciencia de los seres humanos unitarios (cont.)

Herramienta de práctica y cita	Descripción
Leddy Heartiness Scale (LHS) (Leddy, 1996)	Mide el fin y el poder percibidos por la persona para lograr sus objetivos mediante puntuaciones en una escala de Likert de 26 ítems que representan el significado, los fines, la elección, el reto, la confianza, el control, la capacidad de funcionamiento y las conexiones
McCanse Readiness for Death Instrument (MRDI) (McCanse, 1995)	Mide los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales del patrón de campo saludable; la muerte se aborda evolutivamente mediante un cuestionario de 26 ítems en una entrevista estructurada
Exploración mutua de la relación de curación del campo humano-entorno (Carboni, 1992)	Mide las experiencias y las expresiones de las enfermeras y los clientes sobre las configuraciones cambiantes de los patrones del campo de energía de la relación de curación de campo humano-entorno, utilizando ítems semiestructurados y abiertos; están disponibles formularios para una enfermera y un solo cliente y para una enfermera y dos o más clientes
Nursing Process Format (Falco y Lobo, 1995)	Orienta el uso de un proceso de enfermería de Rogers, que incluye la evaluación de enfermería, el diagnóstico de enfermería, la planificación de enfermería para la implementación y la evaluación de enfermería, de acuerdo con los principios homeodinámicos de integración, resonancia y helicidad
Herramienta de valoración (Smith et al., 1991)	Orienta el uso de un proceso de enfermería de Rogers, que incluye la valoración, el diagnóstico, la implementación y la evaluación, según los principios homeodinámicos de complementariedad (es decir, integración), resonancia y helicidad, para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos y sus familiares, utilizando preguntas abiertas
Herramienta de pensamiento crítico para la evaluación del patrón, modelo mutuo y evaluación (Bultemeier, 2002)	Proporciona orientación para la aplicación por parte de la enfermera de la valoración del patrón, del modelo mutuo y de la evaluación, así como áreas para la autorreflexión, las actividades de modelización y la valoración personal del cliente
Valoración enfermera de patrones indicativos de salud (Madrid y Winstead-Fry, 1986)	Orienta la evaluación de los patrones, como el presente relativo, la comunicación, el sentido del ritmo, la conexión con el entorno, el mito personal y la integridad del sistema
Herramienta de evaluación de madres en el puerperio (Tettero et al., 1993)	Orienta la evaluación de las madres que se enfrentan a los retos de su primer hijo durante el puerperio
Criterios de valoración para la evaluación enfermera del adulto de edad avanzada (Decker, 1989)	Orienta la evaluación del estado funcional de adultos de edad avanzada que viven en sus propios hogares, como los datos demográficos, la priorización de problemas por parte del cliente, los patrones secuenciales (p. ej., cultura de la familia de origen, enfermedades previas), los patrones rítmicos (p. ej., uso de la asistencia sanitaria, uso de medicación, contactos sociales, enfermedades agudas) y los patrones transversales (p. ej., disposiciones de la vida en la actualidad y problemas de salud, estado cognitivo y emocional)
Evaluación holística del cliente con dolor crónico (Garon, 1991)	Guía la evaluación holística de los clientes que viven en sus propios hogares y sufren dolor crónico, lo que incluye el campo del entorno, la comunidad y todos los sistemas en contacto con el cliente; el entorno del hogar; las necesidades y expectativas del cliente; los puntos fuertes del cliente y la familia; la experiencia de dolor del cliente (localización, intensidad, causa, significado, efectos en las actividades, la vida y las relaciones, medidas de alivio y objetivos), y los sentimientos del cliente y la familia sobre la enfermedad y el dolor
Cuestionario de evaluación del campo de energía humano (Wright, 1991)	Se utiliza para registrar los hallazgos relacionados con la evaluación del campo de energía humano tal y como se practica en el tacto terapéutico, como la localización de la alteración del campo en un diagrama corporal y la fuerza del campo general y la intensidad de la alteración del campo en escalas visuales analógicas

(Continúa)

TABLA 13.2 Instrumentos de investigación y herramientas de práctica derivadas de la ciencia de los seres humanos unitarios (cont.)

Herramienta de práctica y cita	Descripción
Herramienta de evaluación de la familia (Whall, 1981)	Orienta la evaluación de las familias en cuanto a las consideraciones de los subsistemas individuales, los patrones de interacción, las características únicas de todo el sistema familiar y la sincronía de la interfaz con el entorno
Guía de evaluación para el trabajo con familias (Johnston, 1986)	Orienta la evaluación de la unidad familiar, en cuanto a la definición de familia, la organización familiar, el sistema de creencias, las necesidades de desarrollo de la familia, los factores económicos, la complementariedad entre el campo de la familia y el campo del entorno, los patrones de comunicación y los datos complementarios, como la evaluación de la salud de los miembros individuales de la familia, los factores de desarrollo, las interacciones entre los miembros y las relaciones
Formato del proceso de enfermería para familias (Reed, 1986)	Orienta el uso de un proceso de enfermería dirigido al desarrollo para familias
Evaluación de la salud en la comunidad (Hanchett, 1988)	Orienta la evaluación de una comunidad en las áreas de diversidad; ritmos, como frecuencias de colores, ritmos de luz y patrones de sonido; movimiento; experiencia del tiempo; puntos de vista pragmáticos-imaginativos-visionarios, y sueño y vigilia más allá de los ritmos circadianos

Adaptado de Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 337–339). Philadelphia: F. A. Davis. Utilizado con autorización.

EVOLUCIÓN

Rogers (1986a) creía que el desarrollo del conocimiento dentro de su modelo era un «proceso interminable» que utilizaba «múltiples conocimientos de muchas fuentes... para crear un caleidoscopio de posibilidades» (p. 4). Las exploraciones realizadas por los estudiosos de la obra de Rogers sobre la trascendencia y la universalidad ejemplifican esta creencia en un todo unificador (Phillips, 2010).

Fawcett (2005) identificó las siguientes tres teorías rudimentarias desarrolladas por Rogers a partir de la CSHU:

1. Teoría de la evolución acelerada.
2. Teoría de los correlatos rítmicos de cambio.
3. Teoría de los fenómenos paranormales.

La continua explicación y comprobación de estas teorías y de los principios homeodinámicos por parte de las enfermeras investigadoras contribuye al conocimiento de la ciencia enfermera.

CRÍTICA

Claridad

Hubo críticas tempranas al modelo con comentarios sobre la dificultad para entender los principios y la falta de definiciones operativas y de herramientas adecuadas para la medición (Butterfield, 1983). Sin embargo, el modelo ha superado la prueba del tiempo para el desarrollo de la ciencia de la enfermería conforme esta disciplina ha madurado como ciencia. Las ideas de Rogers siguen demostrando su claridad para la investigación enfermera con seres humanos de todas las edades (Terwilliger et al., 2012).

Sencillez

Los estudios y trabajos en curso dentro del modelo han servido para simplificar y aclarar algunos de los conceptos y relaciones. Sin embargo, cuando se examina el modelo por completo, algunos aún lo clasifican como un tanto complejo. Con su uso constante en la práctica, investigación y formación, las enfermeras se darán cuenta de que el modelo ofrece una clara sencillez. Como señaló Whall (1987), «con solo tres principios, unos pocos conceptos principales y cinco supuestos, Rogers ha explicado la naturaleza del hombre y el proceso vital» (p. 154).

Generalidad

El modelo conceptual de Rogers es abstracto y, por tanto, generalizable y potente. Su objetivo es amplio y ofrece un marco para el desarrollo del saber de la enfermería al crear grandes teorías y de nivel medio.

Accesibilidad

El modelo conceptual de Rogers, al basarse en el conocimiento sobre una multitud de campos científicos, tiene una lógica deductiva con una falta inherente de apoyo empírico inmediato (Barrett, 1990b). Como señala Fawcett (1995), el hecho de no categorizar adecuadamente la obra como un modelo conceptual en lugar de como una teoría conduce a «considerables malentendidos y expectativas inadecuadas» (p. 29), lo que puede dar lugar a que la obra sea tachada de inadecuada.

Como se ha señalado anteriormente, el desarrollo del modelo por parte de los científicos seguidores de Rogers ha dado lugar a la generación de teorías comprobables acompañadas de herramientas de medición.

Importancia

La ciencia de Rogers tiene la intención fundamental de comprender la evolución humana y su potencial para la mejora del ser humano. La ciencia «coordina un universo de sistemas abiertos para identificar el foco de un nuevo paradigma e iniciar la identidad de la enfermería como ciencia» (Rogers, 1989, p. 182).

Aunque se han explorado todos los conceptos del metaparadigma, se hace hincapié en la integración de los fenómenos de los campos del ser humano y del entorno. Rogers sugirió gran cantidad de ideas para que se plantearan en estudios futuros; a partir de esto y de la investigación de otros expertos, se puede confirmar que el modelo conceptual es útil. Su utilidad se ha demostrado tanto en la práctica como en la formación, la administración y la investigación.

RESUMEN

El modelo de Rogers surgió a partir de una amplia base histórica y ha pasado a primer plano a medida que el conocimiento científico ha evolucionado. Para entender los conceptos y los principios de la CSHU se requiere tener una base compuesta por una formación general, una disposición para apartarse de lo tradicional y cierta cualidad para percibir el mundo de un modo

innovador y creativo. Al cimentarse en una base educativa férrea, este modelo ofrece un marco que impulsa a proporcionar cuidados enfermeros. Las ideas abstractas que expuso Rogers en su modelo y la relación lógica entre estas y el saber científico moderno alientan la aparición de teorías nuevas y desafiantes que profundicen en la comprensión del ser humano unitario.

CASO CLÍNICO

Charlie Dee es un hombre de 56 años que durante 30 años ha fumado dos paquetes de cigarrillos al día. Está visitando a la enfermera Sandra Gee por primera vez desde que le diagnosticaron enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La valoración del patrón empieza obteniendo la descripción por parte del cliente de su experiencia con esta enfermedad, la percepción que tiene de su salud y cómo se ha expresado la enfermedad (síntomas). El Sr. Dee afirma que tiene tos productiva que empeora por la mañana, le falta el aliento siempre que está físicamente activo y siempre se siente cansado. A través de preguntas concretas, la enfermera descubre que el Sr. Dee ha sufrido un cambio en sus patrones de sueño y en la ingesta nutricional. Duerme durante períodos más cortos y come menos. También averigua que su esposa fuma y que tienen perros y gatos en casa. No cree que su esposa esté dispuesta a cambiar sus hábitos o que se deshaga de los gatos. Durante esta evaluación, la enfermera trata de descubrir qué es importante para el Sr. Dee y cómo define él estar *sano*.

Los patrones mutuos implican compartir conocimientos y ofrecer opciones. Después de finalizar la valoración, la enfermera resume lo que han estado hablando y cómo lo

ha entendido ella. De esta manera, la enfermera y el cliente pueden alcanzar el consenso sobre las actividades que serían aceptables para el Sr. Dee. La Srta. Gee da información sobre la enfermedad y sugerencias que mejorarán su comodidad. Las intervenciones no invasivas incluyen el reentrenamiento de la respiración, recomendaciones de una dieta hipercalórica rica en proteínas, comer poco y con más frecuencia, dormir con la cabeza elevada y utilizar ejercicios de relajación progresiva antes de ir a dormir. La enfermera recomienda a la familia Dee que compren un filtro de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA) y un humidificador para ayudar a eliminar los contaminantes ambientales y mantener un grado de humedad adecuado en su domicilio.

Como el Sr. Gee ha expresado su deseo de dejar de fumar, la enfermera le sugiere que utilice métodos de concentración, como la visualización guiada y la meditación, como complemento de los parches de nicotina prescritos por su médico. También le proporciona material escrito sobre la enfermedad que puede compartir con su esposa. Al final de la visita, el Sr. Dee afirma que se siente mejor sabiendo que tiene la posibilidad de cambiar algunas cosas de su vida.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Revise dos artículos de investigación publicados en los que el proceso de investigación esté orientado conforme a la ciencia de Rogers. ¿Cuál es la teoría de nivel medio desarrollada o que orienta el proceso de investigación en cada uno de ellos?
2. ¿Qué pruebas ha generado la investigación de cada teoría de nivel medio en la actividad número 1?
3. Describa los principios filosóficos de Nightingale que Rogers utilizó como base para su modelo conceptual.
4. Localice una publicación que hable del uso de la ciencia de Rogers en la formación de enfermería. ¿En qué se diferencia respecto de la formación en enfermería que usted ha recibido?
5. Analice su estilo de práctica clínica e identifique las áreas en las que el uso de la ciencia de Rogers mejoraría los cuidados de enfermería. Enumere los cambios y los resultados previstos.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

Publicaciones

- *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*.
- Bultemeier, K. (2014). Rogers' science of unitary human beings in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 245–262). St Louis: Mosby-Elsevier.

Páginas web

- Página web de la American Nurses Association Hall of Fame Inductee, en www.nursingworld.org/MarthaElizabethRogers
- Sepultura de Martha E. Rogers, en <https://www.aahn.org/rogers>
- New York University, Martha E. Rogers Center, en <https://nursing.nyu.edu/alumni-giving/giving/martha-e-rogers-group-study-room>

- Rogerian Nursing Science Wiki, en <https://www.societyofrogerianscholars.org/suhb-update-wiki-book.html>. Creado por H. K. Butcher, RN, PhD, University of Iowa College of Nursing. El propósito de esta página web es doble: 1) reunir a una comunidad participativa para crear conjuntamente una explicación exhaustiva definitiva de la CSHU; 2) crear un recurso en línea al que cualquiera pueda acceder para aprender cómo la ciencia de la enfermería de Rogers sirve de base para la investigación, la práctica, la educación y la administración en enfermería.
- Society of Rogerian Scholars, en <http://www.societyofrogerianscholars.org/>
- Boletín informativo de la Society of Rogerian Scholars, en http://www.societyofrogerianscholars.org/vol_1_2.html

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (1991a). Guided reminiscence: A Rogerian based intervention. *Rogerian Nursing Science News*, 3(3), 1–3.
- Alligood, M. R. (1991b). Testing Rogers' theory of accelerating change: The relationship among creativity, actualization, and empathy in persons 18 to 92 years of age. *Western Journal of Nursing Research*, 13, 84–96.
- Alligood, M. R. (2002). A theory of the art of nursing discovered in Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Visions: International Journal for Human Caring*, 6(2), 55–60.
- Alligood, M. R., & Fawcett, J. (1999). Acceptance of an invitation to dialogue: Examination of an interpretive approach for the science of unitary human beings. *Visions: Journal of Rogerian Nursing Science*, 7(1), 5–13.
- Alligood, M. R., & McGuire, S. L. (2000). Perception of time, sleep patterns and activity in senior citizens: A test of the Rogerian theory of aging. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 8(1), 6–14.
- Barrett, E. A. M. (1990a). An instrument to measure power-as-knowing-participation-in-change. In O. Strickland, & C. Waltz (Eds.), *The measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills*, 4 (pp. 159–180). New York: Springer.
- Barrett, E. A. M. (1990b). *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing.
- Barrett, E. A. M. (1998). A Rogerian practice methodology for health patterning. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 136–138.
- Barrett, E. A. M. (2010). Power as knowing participation in change: What's new and what's next. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 47–54.
- Barrett, E. A. M., Cowling, W. R., Carboni, J. T., & Butcher, H. K. (1997). Unitary perspectives on methodological practices. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 47–62). New York: National League for Nursing.

- Bultemeier, K. (1997). Photo-disclosure: A research methodology for investigating the unitary human being. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing*. New York: National League for Nursing.
- Bultemeier, K. (2002). Rogers' science of unitary human beings in nursing practice. In M. R. Alligood, & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization and application* (2nd ed., pp. 267–288). Mosby: St. Louis.
- Burr, H. S., & Northrup, F. S. C. (1935). The electrodynamic theory of life. *Quarterly Review of Biology*, 10(4), 322–323.
- Butcher, H. K. (1993). Kaleidoscoping in life's turbulence: From Seurat's art to Rogers' nursing science. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 183–198). New York: National League for Nursing.
- Butcher, H. K. (1999). Rogerian ethics: An ethical inquiry into Rogers' life and science. *Nursing Science Quarterly*, 12(2), 111–118.
- Butcher, H. K. (2003). Aging as emerging brilliance: Advancing Rogers' unitary theory of aging. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 11(1), 55–66.
- Butterfield, S. E. (1983). In search of commonalities: Analysis of two theoretical frameworks. *International Journal of Nursing Studies*, 20(1), 15–22.
- Carboni, J. T. (1992). Instrument development and the measurement of unitary constructs. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 134–142.
- Carboni, J. T. (1995). Enfolding health-as-wholeness-and-harmony: A theory of Rogerian nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 71–78.
- Cowling, W. R. (1998). Unitary case inquiry. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 139–141.
- Cowling, W. R. (2000). Healing as appreciating wholeness. *Advances in Nursing Science*, 22(3), 16–32.
- Decker, K. (1989). Theory in action: The geriatric assessment team. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(10), 25–28.

- DeSimone, B. B. (2006). Curriculum design to promote the critical thinking of accelerated bachelor's degree nursing students. *Nurse Educator*, 31(5), 213–217.
- Einstein, A. (1961). *Relativity*. Crown: New York.
- Falco, S. M., & Lobo, M. L. (1995). Martha E. Rogers. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories. The base for professional nursing practice* (4th ed, pp. 229–248). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2015). Evolution of the Science of Human Beings: The conceptual system, theory development, and research and practice methodologies. *Visions*, 21(1), 10–16.
- Ference, H. M. (1986). The relationship of time experience, creativity traits, differentiation, and human field motion. In V. M. Malinski (Ed.), *Explorations in Martha Rogers' science of unitary human beings* (pp. 95–106). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Floyd, J. A. (1983). Research using Rogers' conceptual system: Development of a testable theorem. *Advances in Nursing Science*, 5(2), 37–48.
- Garon, M. (1991). Assessment and management of pain in the home care setting: Application of Rogers' science of unitary human beings. *Holistic Nursing Practice*, 6(1), 47–57.
- Guelnder, S. H., Michel, Y., Bramlett, M. H., Liu, C., Johnston, L. W., Endo, E., et al. (2005). The Well-Being Picture Scale: A revision of the Index of Field Energy. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 42–50.
- Hanchett, E.S. (1988). *Nursing frameworks and community as client: Bridging the gap*. Appleton & Lange: Norwalk, CT.
- Hastings-Tolsma, M. T. (1993). The relationship of diversity of human field pattern to risk-taking and time experience: An investigation of Rogers' principles of homeodynamics [Doctoral dissertation, New York University]. *Dissertation Abstracts International*, 53, 4029B.
- Hastings-Tolsma, M. (2006). Toward a theory of diversity of human field pattern. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, 14(2), 34–47.
- Hellwig, S. D., & Ferrante, S. (1993). Martha Rogers' model in associate degree education. *Nurse Educator*, 18(5), 25–27.
- Hills, R. G. S., & Hanchett, E. (2001). Human change and individuation in pivotal life situations: Development and testing the theory of enlightenment. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 9(1), 6–19.
- Jarrin, O. F. (2012). The integrality of situated caring in nursing and the environment. *Advances in Nursing Science*, 35(1), 14–24.
- Johnston, R. L. (1986). Approaching family intervention through Rogers' conceptual model. In A. L. Whall (Ed.), *Family therapy theory for nursing. Four approaches* (pp. 11–32). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Johnston, L. W. (1993). The development of the human field image metaphor scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 1, 55–56.
- Johnston, L. W. (1994). Psychometric analysis of Johnston's human field image metaphor scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 2(1), 7–11.
- Jonas-Simpson, C. (2010). Awakening to space consciousness and timeless transcendent presence. *Nursing Science Quarterly*, 23(3), 195–200.
- Kramer, M. R. (2018). Online learning and the human energy field: Implications for the Science of Unitary Human Beings. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 24(2), 1–20.
- Larkin, D. M. (2007). Ericksonian hypnosis in chronic care support groups: A Rogerian exploration of power and self-defined health-promoting goals. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 357–369.
- Leddy, S. K. (1995). Measuring mutual process: Development and psychometric testing of the person-environment participation scale. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 3(1), 20–31.
- Leddy, S. K. (1996). Development and psychometric testing of the Leddy Healthiness Scale. *Research in Nursing and Health*, 19(5), 431–440.
- Leddy, S. K. (1999). Further exploration of the psychometric properties of the Person-Environment Participation Scale: Differentiating instrument reliability and construct validity. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 7, 55–57.
- Leddy, S. K., & Fawcett, J. (1997). Testing the theory of healthiness: Conceptual and methodological issues. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 75–86). New York: National League for Nursing.
- Levin, J. D. (2006). Unitary transformative practice: Using metaphor and imagery for self-reflection and theory informed practice. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 14(1), 27–35.
- Lewandowski, W., Good, M., & Drauker, C. B. (2005). Changes in the meaning of pain with the use of guided imagery. *Pain Management Nursing*, 6(2), 58–67.
- Madrid, M., & Winstead-Fry, P. (1986). Rogers' conceptual model. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory* (pp. 73–102). New York: National League for Nursing.
- Malinski, V. M. (Ed.). (1986). *Explorations on Martha Rogers' science of unitary human beings*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Malinski, V. M. (1994). Spirituality: A pattern manifestation of the human/environment mutual process. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 2, 12–18.
- Malinski, V. M. (1997). Rogerian health patterning: Evolving into the 21st century. *Nursing Science Quarterly*, 10(3), 115–116.
- Malinski, V. M. (2009). Evolving paths of transformative change in Rogerian nursing science. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 9, 8–18.
- Malinski, V. M., & Todaro-Franceschi, V. (2011). Exploring co-meditation as a means of reducing anxiety and facilitating relaxation in a nursing school setting. *Journal of Holistic Nursing*, 29(4), 242–248.
- Mathwig, G. M., Young, A. A., & Pepper, J. M. (1990). Using Rogerian science in undergraduate and graduate nursing

- education. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (pp. 319–334). New York: National League for Nursing.
- McCanse, R. L. (1995). The McCanse Readiness for Death Instrument (MRDI): A reliable and valid measure for hospice care. *Hospice Journal: Physical, Psychosocial, and Pastoral Care of the Dying*, 10(1), 15–26.
- Newman, M. A. (1997). A dialogue with Martha Rogers and David Bohm about the science of unitary human beings. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 3–10). New York: National League for Nursing.
- Paletta, J. L. (1990). The relationship of temporal experience to human time. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (pp. 239–254). New York: National League for Nursing.
- Phillips, J. R. (2010). The universality of Rogers' science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 55–59.
- Phillips, J. R. (2017). New Rogerian theoretical thinking about unitary science. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 223–226.
- Phillips, J. R. (2019). Unitariology and the changing frontiers of the Science of Unitary Human Beings. *Nursing Science Quarterly*, 32(3), 207–213.
- Reed, P. G. (1986). The developmental conceptual framework: Nursing reformulations and applications for family therapy. In A. L. Whall (Ed.), *Family therapy for nursing. Four approaches* (pp. 69–91). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Reed, P. G. (2018). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith, & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 119–145). New York: Springer.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Rogers, M. E. (1980). *The science of unitary man. Tape V: Health and illness (Audiotape)*. New York: Media for Nursing.
- Rogers, M. E. (1983). Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In I. W. Clements, & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care* (pp. 219–227). New York: Wiley.
- Rogers, M. E. (1986a). Science of unitary human beings. In V. M. Malinski (Ed.), *Explorations in Martha Rogers' science of unitary human beings* (pp. 3–8). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, M. E. (1986b). *Dimensions of health: A view from space. Paper presented at the conference on "Law and Life in Space," September 12, 1986: Center for Aerospace Sciences, University of North Dakota.*
- Rogers, M. E. (1989). Nursing: A science of unitary human beings. In J. P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed, pp. 181–188). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, M. E. (1990). Space-age paradigm for new frontiers in nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 105–114). New York: National League for Nursing.
- Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 27–34.
- Rogers, M. E. (1994a). *Nursing science evolves. In Rogers' scientific art of nursing practice* (pp. 3–9). New York: National League for Nursing.
- Rogers, M. E. (1994b). The science of unitary human beings: Current perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 33–35.
- Shearer, N. B. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric Nursing*, 30(2), 4–10.
- Siedliecki, S. L., & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 553–562.
- Smith, D. W. (1994). Toward developing a theory of spirituality. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 2(1), 35–43.
- Smith, M. C., Kemp, J., Hemphill, L., & Vojir, C. P. (2002). Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 257–262.
- Smith, K., Kupferschmid, B. J., Dawson, C., & Briones, T. L. (1991). A family-centered critical care unit. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2(2), 258–268.
- Smith, M. C., & Kyle, L. (2008). Holistic foundations of aromatherapy for nursing. *Holistic Nursing Practice*, 22(1), 3–11.
- Terwilliger, S., Gueldner, S., & Bronstein, L. (2012). A preliminary evaluation of the Well-being Picture Scale–Children's Version (WBPS-CV) in a sample of fourth and fifth graders. *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 160–166.
- Tettero, I., Jackson, S., & Wilson, S. (1993). Theory to practice: Developing a Rogerian-based assessment tool. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 776–782.
- Todaro-Franceschi, V. (2008). Clarifying the enigma of energy, philosophically speaking. *Nursing Science Quarterly*, 21(4), 285–290.
- Ugarizza, D. N. (2002). Intentionality: Applications within selected theories of nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 41–50.
- von Bertalanffy, L. (1960). *General system theory: Foundations, developments, application*. New York: George Braziller.
- Walling, A. (2006). Therapeutic modulation of the psychoneuroimmune system by medical acupuncture creates enhanced feelings of well-being. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(4), 135–143.
- Watson, J. (1999). Measuring dreaming as a beyond waking experience in Rogers' conceptual model. *Nursing Science Quarterly*, 12, 245–250.
- Watson, J., & Smith, M. C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452–461.
- Whall, A. L. (1981). Nursing theory and the assessment of families. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 19(1), 30–36.
- Whall, A. L. (1987). A critique of Rogers' framework. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 147–158). Philadelphia: Saunders.
- Willis, D. G., DeSanto-Madeya, S., Ross, R., Sheehan, D. L., & Fawcett, J. (2015). Spiritual healing in the aftermath of childhood maltreatment. *Advances in Nursing Science*, 38(3), 162–174.
- Willis, D. G., & Griffith, C. A. (2010). Healing patterns revealed in middle school boys' experiences of being bullied using Roger's [sic] science of unitary human beings (SUHB).

- Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 125–132.
- Wright, S. M. (1991). Validity of the human energy field assessment form. *Western Journal of Nursing Research*, 13(5), 635–647.
- Yarcheski, A., & Mahon, N. E. (1991). An empirical test of Rogers' original and revised theory of correlates in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 14(6), 447–455.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarcheski, T. J. (2002). Humor and health in early adolescents: Perceived field motion as a mediating variable. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 150–155.
- Zahourek, R. P. (2005). Intentionality: Evolutionary development in healing: A grounded theory study for holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 23(1), 89–109.

Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado en enfermería

Violeta A. Berbiglia, Luu Thi Thuy*



Dorothea E. Orem
(1914-2007)[†]

«La enfermería es una labor práctica, pero es una labor práctica realizada por personas que tienen unos conocimientos teóricos especializados de enfermería y que han desarrollado unas capacidades para aplicar estos conocimientos en situaciones concretas de la práctica enfermera.»

(Orem, 2001, p. 161)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Comenzó su carrera como enfermera en la Providence Hospital School of Nursing de Washington, D. C., donde se diplomó en enfermería a principios de la década de 1930. Orem se licenció en ciencias de la educación en enfermería por la Catholic University of America (CUA) en 1939, y obtuvo el título de máster en la misma disciplina y en la misma universidad en 1946.

Las primeras experiencias de Orem como enfermera incluyeron la práctica en quirófano y la atención privada (domiciliaria y en hospital), formó parte de la plantilla hospitalaria de enfermería en unidades médicas y quirúrgicas pediátricas y de adultos, fue supervisora del turno de tarde en el servicio de urgencias y fue profesora de Biología. Orem fue directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería del Providence Hospital de Detroit entre 1940 y 1949. Tras dejar Detroit, pasó 8 años (1949-1957) en Indiana trabajando en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su objetivo era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica enfermera (Orem, 1956).

En 1957, Orem se trasladó a Washington, D. C., para ocupar un puesto en el Office of Education del Department of Health, Education, and Welfare estadounidense, como asesora de planes de estudios. De 1958 a 1960, trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto estimuló la necesidad de responder a la pregunta: ¿cuál es el objeto de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, elaboró la obra *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* (Orem, 1959). Ese mismo año, Orem se convirtió en profesora adjunta de educación de enfermería en la CUA. Posteriormente, fue decana en funciones de la Escuela de Enfermería y profesora asociada de educación enfermera. Continuó desarrollando sus conceptos de enfermería y autocuidado en la CUA. La formalización de estos conceptos se realizó a veces en solitario y otras veces en colaboración con otras personas. Los miembros del Nursing Models Committee de la CUA y el Improvement in Nursing Group, que posteriormente se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem ejerció el liderazgo intelectual a través de estas iniciativas de colaboración.

En 1970, Orem dejó la CUA y creó su empresa de consultoría. El primer libro publicado por Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1971). Fue editora del NDCG durante la preparación y posterior revisión de *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (NDCG, 1973, 1979). En 2004, la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS) llevó a cabo la reimpresión y distribución de la segunda edición de esta obra. Se publicaron ediciones posteriores de *Nursing: Concepts of Practice* en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y continuó de-

*Autoras anteriores: Barbara Banfield, Susan G. Taylor, Angela Compton, Jeanne Donohue Eben, Sarah Emerson, Nergess N. Gashti, Ann Marriner Tomey, Margaret J. Nation y Sherry B. Nordmeyer. Se agradece a Sang-arun Isaramalai su ayuda en la investigación y redacción de una edición anterior.

[†]Fotografía: Archivo Gerd Bekel, Cloppenburg, Alemania.

sarrollando la teoría del déficit de autocuidado en enfermería (TDAE).

La Georgetown University concedió a Orem el título de doctora *honoris causa* en Ciencias en 1976. En 1980 recibió el premio de la asociación de antiguos alumnos de la CUA por su teoría en enfermería. Recibió otras distinciones como el título de doctora *honoris causa* en Ciencias del Incarnate Word College en 1980, el de doctora en Letras por la Illinois Wesleyan University en 1988, el premio Linda Richards de la National League for Nursing en 1991 y el título de miembro honorario de la American Academy of Nursing, en 1992. En 1998 obtuvo el título de doctora en Enfermería por la University of Missouri.

Dorothea Orem falleció a los 92 años tras pasar un tiempo postrada en cama. Murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island, Georgia. Le sobrevivieron su amiga de toda la vida, Walene Shields de Savannah, Georgia, y su primo, Martin Conover de Minneapolis, Minnesota. Los colaboradores cercanos de Orem le rindieron un homenaje en la revista oficial de la IOS, *Self-Care, Dependent-Care & Nursing* (SCDCN).

Los numerosos artículos y ponencias de Orem permiten conocer sus puntos de vista sobre la práctica, la enseñanza y la ciencia de la enfermería. Algunos de estos trabajos están a disposición de los estudiosos de la enfermería en una recopilación editada por [Renpenning y Taylor \(2003\)](#). Otras obras de Orem y de los académicos que trabajaron con ella en el desarrollo de la teoría se encuentran en los Orem Archives, que forman parte de los Alan Mason Chesney Medical Archives de las Johns Hopkins Medical Institutions.

FUENTES TEÓRICAS

[Orem \(2001\)](#) afirmó que «la enfermería pertenece a la familia de los servicios de salud que se organizan para proporcionar atención directa a las personas que tienen unas necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa debido a su estado de salud o a la naturaleza de sus necesidades de atención sanitaria» (p. 3). Al igual que otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene rasgos sociales e interpersonales que caracterizan las relaciones de ayuda entre quienes necesitan los cuidados y quienes los prestan. Lo que distingue a estos servicios sanitarios entre sí es la naturaleza del servicio de ayuda que cada uno presta. La TDAE de Orem proporciona una conceptualización del servicio de ayuda característico que proporciona la enfermería.

Desde muy pronto, Orem reconoció que para que la enfermería avanzara como campo de conocimiento y como campo de práctica era necesario un corpus de conocimientos de enfermería estructurado y organizado. Desde mediados de la década de 1950, cuando propuso por primera vez una definición de la enfermería, hasta poco antes de su muerte en 2007, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizativo para dicho corpus de conocimientos.

La fuente principal de las ideas de Orem sobre la enfermería fueron sus experiencias en este campo. A través de la reflexión sobre las situaciones de la práctica enfermera, fue capaz de identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que dirigió el pensamiento [de Orem \(2001\)](#) fue: «¿En qué estado se encuentra una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras deben intervenir?» (p. 20). El estado que indica la necesidad de asistencia de enfermería es «la incapacidad de las personas para proporcionarse a sí mismas de forma continuada la cantidad y la calidad de los autocuidados requeridos debido a las situaciones de la salud personal» ([Orem, 2001](#), p. 20). Este es el objeto o el foco real que determina el dominio y los límites de la enfermería, tanto como campo de conocimiento como de práctica. La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem. Los esfuerzos de Orem, trabajando de forma independiente y con sus colegas, dieron como resultado el desarrollo y perfeccionamiento de la TDAE. La TDAE está formada por una serie de elementos conceptuales y teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general «que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todo tipo de situaciones prácticas» ([Orem, 2001](#), p. 22). Originalmente se articularon tres teorías específicas: la teoría de los sistemas de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. Se ha articulado una teoría adicional, la teoría del cuidado dependiente. Esta teoría se considera paralela a la teoría del autocuidado y sirve para ilustrar el desarrollo continuo de la TDAE.

Además de sus experiencias en la práctica de la enfermería, Orem estaba muy versada en la literatura y el pensamiento de la enfermería contemporánea. Su asociación con las enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y consideraba que su trabajo con los estudiantes de posgrado y la colaboración con sus compañeros tenían un gran valor. Orem citó las obras de otras enfermeras en cuanto a sus contribuciones a la enfermería, entre ellas, [Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach](#).

La familiaridad de Orem con la literatura no se limitaba a la literatura enfermera. En su análisis de diversos temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras disciplinas. En las ideas y posturas de Orem se puede percibir la influencia de expertos como [Allport \(1955\)](#), [Arnold \(1960a, 1960b\)](#), [Barnard \(1962\)](#), [Fromm \(1962\)](#), [Harre \(1970\)](#), [Macmurray \(1957, 1961\)](#), [Maritain \(1959\)](#), [Parsons \(1949, 1951\)](#), [Plattell \(1965\)](#) y [Wallace \(1979, 1996\)](#). La familiaridad con estas fuentes ayuda a comprender mejor la obra de Orem.

El sistema filosófico del realismo moderado es la base de la TDAE de Orem. [Banfield \(1998, 2008, 2011\)](#) realizó investigaciones filosóficas para explicar los fundamentos metafísicos y epistemológicos del trabajo de Orem. Estas investigaciones revelaron la coherencia entre los puntos de vista de Orem sobre la naturaleza de la realidad, los seres humanos, el entorno y la enfermería como ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. [Taylor et al.](#)

(2000) también han explorado los fundamentos filosóficos de la TDAE.

Según la postura realista moderada, hay un mundo que existe independientemente de los pensamientos del conocedor. La naturaleza del mundo no está determinada por los pensamientos del conocedor, aunque es posible obtener conocimientos sobre el mundo.

Orem no abordó específicamente la naturaleza de la realidad; sin embargo, las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada. Se identifican cuatro categorías de entidades postuladas que establecen la ontología de la TDAE (Orem, 2001, p. 141). Estas cuatro categorías son: 1) personas en localizaciones de espacio-tiempo; 2) atributos o propiedades de estas personas; 3) movimiento o cambio, y 4) productos creados.

Con respecto a la naturaleza de los seres humanos, «la visión de los seres humanos como seres dinámicos y unitarios que existen en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre albedrío, así como otras cualidades humanas esenciales» es fundamental para la TDAE (Banfield, 1998, p. 204). Esta postura, que refleja la filosofía del realismo moderado, se observa en toda la obra de Orem.

Orem (1997b) identificó «cinco amplias visiones de los seres humanos que son necesarias para comprender los constructos conceptuales de la TDAE y los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas de enfermería» (p. 28). Se trata de la visión de **persona, agente, usuario de símbolos, organismo y objeto**. La visión del ser humano como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura respecto a la naturaleza del ser humano es fundamental en la obra de Orem. Señaló que la adopción de un punto de vista particular con algún propósito práctico no niega la postura de que los seres humanos son seres unitarios (Orem, 1997b, p. 31).

La visión de la persona como agente es fundamental en la TDAE. El autocuidado, que se refiere a aquellas acciones realizadas por una persona con el objetivo de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. «La acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de provocar, a través de sus acciones, condiciones o estados de las cosas que no existen en la actualidad» (Orem, 2001, pp. 62-63). Al realizar una acción deliberada, la persona actúa como agente. La visión de la persona como agente también se refleja en los elementos conceptuales de la TDA sobre los cuidados de enfermería y el cuidado dependiente. En relación con la visión de la persona como agente y la idea de la acción deliberada, Orem citó a varios estudiosos, entre ellos Arnold, Parsons y Wallace. Identificó siete supuestos relativos a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada (Orem, 2001, p. 65). Estos supuestos explícitos, que abordan la acción deliberada, se apoyan en el supuesto implícito de que los seres humanos tienen libre albedrío.

La TDAE representa el trabajo de Orem en cuanto a la esencia de la enfermería como campo de conocimiento y de práctica. También se pronunció sobre la forma de la enfermería como ciencia, identificándola como una ciencia práctica. En relación con sus ideas sobre la forma de la ciencia enfermera, Orem cita la obra de Maritain (1959) y Wallace (1979), filósofos asociados a la tradición realista moderada. En las ciencias prácticas, los conocimientos se desarrollan en función del trabajo a realizar. En el caso de la enfermería, el conocimiento se desarrolla en interés de la práctica enfermera. Las ciencias prácticas constan de dos componentes: el especulativo y el práctico. El componente especulativamente práctico es de naturaleza teórica, mientras que el componente práctico dirige la acción. La TDAE, con sus conceptos y teorías, es un conocimiento práctico especulativo. La teoría del cuidado dependiente refleja un mayor desarrollo de los conocimientos prácticos especulativos. La ciencia enfermera prácticamente práctica consta de modelos y estándares de práctica, y de tecnologías.

Orem (2001) identificó dos conjuntos de ciencias de la enfermería especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias básicas de la enfermería. El conjunto de ciencias de la práctica enfermera incluye: 1) la ciencia enfermera totalmente compensatoria; 2) la ciencia enfermera parcialmente compensatoria, y 3) la ciencia enfermera de apoyo al desarrollo. Las ciencias básicas de la enfermería son: 1) la ciencia del autocuidado; 2) la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada, y 3) la ciencia de la asistencia humana para personas con déficits de autocuidado asociados a la salud. En relación con esta propuesta de estructura de las ciencias de la enfermería, Orem (2001) afirmó: «la separación, la denominación y la descripción de los dos conjuntos de ciencias se basan en mi comprensión de la naturaleza de las ciencias prácticas, en mi conocimiento de la organización de la materia en otros campos de la práctica y en mi comprensión de los componentes de los planes de estudios para las profesiones» (pp. 174-175). En su obra *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*, Taylor y Renpenning (2011) abordan las ciencias básicas de la enfermería, las ciencias de la práctica enfermera y la práctica basada en la evidencia.

Además de los dos tipos de ciencias prácticas, los conocimientos científicos necesarios para la práctica de la enfermería incluyen conjuntos de ciencias aplicadas y ciencias básicas no relacionadas con la enfermería. En el desarrollo de las ciencias aplicadas se utilizan teorías de otros campos para resolver problemas en el ámbito de la práctica. Estas ciencias de la enfermería aplicadas aún deben ser identificadas y desarrolladas. En el **cuadro 14.1** se describe la estructura de la ciencia de la enfermería.

La articulación que hace Orem de la forma de la ciencia de la enfermería proporciona el marco para el desarrollo de un corpus de conocimientos para la formación de las enfermeras y para la prestación de los cuidados de enfermería en situaciones concretas de la práctica enfermera. La TDAE, con sus

CUADRO 14.1 Ciencia enfermera especulativamente práctica

Ciencias de la práctica enfermera

Enfermería totalmente compensatoria.
Enfermería parcialmente compensatoria.
Enfermería de apoyo al desarrollo.

Ciencias básicas de la enfermería

Ciencia del autocuidado.
Ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada.
Ciencia de la asistencia humana para personas con déficits de autocuidado asociados a la salud.

Ciencias de enfermería aplicada

Ciencias básicas no relacionadas con la enfermería

Biológicas.
Médicas.
Humanas.
Ambientales.

Tomado de Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

elementos conceptuales y sus cuatro teorías, identifica la sustancia o el contenido de la ciencia de la enfermería.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Como ciencia práctica, el conocimiento de la enfermería se desarrolla para servir de fundamento a la práctica enfermera. Orem (2001) afirmó que «la enfermería es una labor práctica, pero es una labor práctica realizada por personas que tienen unos conocimientos teóricos especializados de enfermería y que han desarrollado unas capacidades para poner en práctica estos conocimientos en situaciones concretas de la práctica enfermera» (p. 161) La prestación de cuidados de enfermería se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan los conocimientos de la ciencia de la enfermería para asignar un significado a las características de la situación, para hacer juicios sobre lo que se puede y se debe hacer, y para diseñar e implementar sistemas de cuidados de enfermería. Desde la perspectiva de la TDAE, los resultados de enfermería deseados son la satisfacción de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o la regulación y el desarrollo de la actividad de autocuidado del paciente.

Los elementos conceptuales y las teorías específicas de la TDAE son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera. La TDAE se desarrolló y perfeccionó mediante el uso de procesos intelectuales centrados en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias en la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. En

su trabajo relacionado con la TDAE, el NDCG (1979) llevó a cabo un análisis de casos de enfermería y procesos de razonamiento analógico. En homenaje a Orem, Allison (2008) escribió sobre el NDCG, diciendo que «estas enfermeras se reunieron porque estaban interesadas y dispuestas a comprometerse para examinar situaciones de enfermería a objeto de formalizar unas formas de pensar sobre la enfermería que consideraban descriptivas de la enfermería y que contribuirían al conocimiento enfermero» (p. 50). Desde que se publicó por primera vez la TDAE, numerosos datos empíricos han contribuido al desarrollo de los conocimientos teóricos. Gran parte de estos conocimientos se incorporan al perfeccionamiento continuo de la teoría; sin embargo, sus fundamentos permanecen inalterados. La teoría del cuidado dependiente representa un gran avance en el desarrollo de la TDAE. «La mayor necesidad en las sociedades de cuidado dependiente indica la importancia que tiene para las enfermeras comprender el cuidado dependiente y sus relaciones con los agentes del cuidado dependiente» (Orem, 2001, p. 286).

Además del desarrollo de la teoría del cuidado dependiente, se han producido otros avances teóricos. Hartweg y Pickens (2016) utilizaron un enfoque de análisis conceptual para explicar el significado de la normalidad. Se identificaron seis atributos que definen la normalidad: 1) disponer de los recursos adecuados para cubrir las necesidades básicas de la vida; 2) ser capaz de realizar las actividades de la vida diaria y las que se corresponden con los intereses personales; 3) aceptar y adaptarse a una nueva normalidad; 4) mantener la salud mediante la toma de decisiones y la aplicación del propio autocuidado; 5) establecer unas relaciones interpersonales satisfactorias, y 6) mantenerse a salvo, es decir, no hacer daño ni ser dañado por uno mismo o por otros (pp. 8-9). La literatura analizada en el proceso de análisis conceptual apoyó las cuatro categorías de acciones propuestas por Orem para promover la normalidad.

White et al. (2011) examinaron y analizaron el concepto de espiritualidad y su relación con la TDAE. Los autores plantearon «que la espiritualidad se conceptualiza como una disposición fundamental» (p. 51). Las capacidades y disposiciones fundamentales son componentes de los conceptos de actividad de autocuidado, actividad de cuidado dependiente y actividad de enfermería (Orem, 2001, pp. 260-264). Estas capacidades y disposiciones son fundamentales para que una persona pueda implicarse en una acción deliberada.

White et al. (2011) también identifican el autocuidado espiritual como una forma de autocuidado relacionada con la cobertura de las exigencias de autocuidado durante el desarrollo. «El autocuidado espiritual se define como el conjunto de actividades de base espiritual que una persona realiza para mantener o promover el desarrollo continuo de la persona y el bienestar en la salud y la enfermedad» (p. 53). Los autores hablan de una serie de prácticas que pueden considerarse como autocuidado. Además, afirman que la afiliación religiosa es un elemento del factor condicionante básico, la orientación sociocultural.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría del déficit de autocuidado en enfermería es una teoría general compuesta por las siguientes cuatro teorías relacionadas:

1. La teoría del autocuidado, que describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del cuidado dependiente, que explica cómo los miembros de la familia y/o los amigos atienden a una persona que es socialmente dependiente.
3. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica por qué se puede ayudar a las personas a través de la enfermería.
4. La teoría de los sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que deben producirse y mantenerse para que tenga lugar el cuidado enfermero.

Los principales conceptos de estas teorías se identifican aquí y se analizan con más detalle en Orem (2001), *Nursing: Concepts of Practice* (fig. 14.1).

Autocuidado

El **autocuidado** comprende la práctica de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración inician y realizan, dentro de unos límites de tiempo, por su propia cuenta con el fin de mantener la vida, un funcionamiento saludable, el desarrollo personal continuo y el bienestar, mediante la satisfacción de unos requisitos conocidos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001, p. 522).

Cuidado dependiente

El cuidado dependiente se refiere a los cuidados que se prestan a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, es incapaz de realizar los cuidados propios necesarios para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuo y el bienestar.

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es una idea formulada y expresada sobre las acciones que se deben llevar a cabo y que se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de un aspecto del funcionamiento y el desarrollo humanos, de forma continua o en condiciones y circunstancias específicas. Un requisito de autocuidado formulado consta de dos elementos:

1. El factor que se debe controlar o gestionar para mantener un aspecto del funcionamiento y desarrollo humano dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados constituyen los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se lleva a cabo el autocuidado; expresan el resultado buscado o deseado: el objetivo del autocuidado (Orem, 2001, p. 522).

Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos universalmente requeridos deben cumplirse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, y tienen

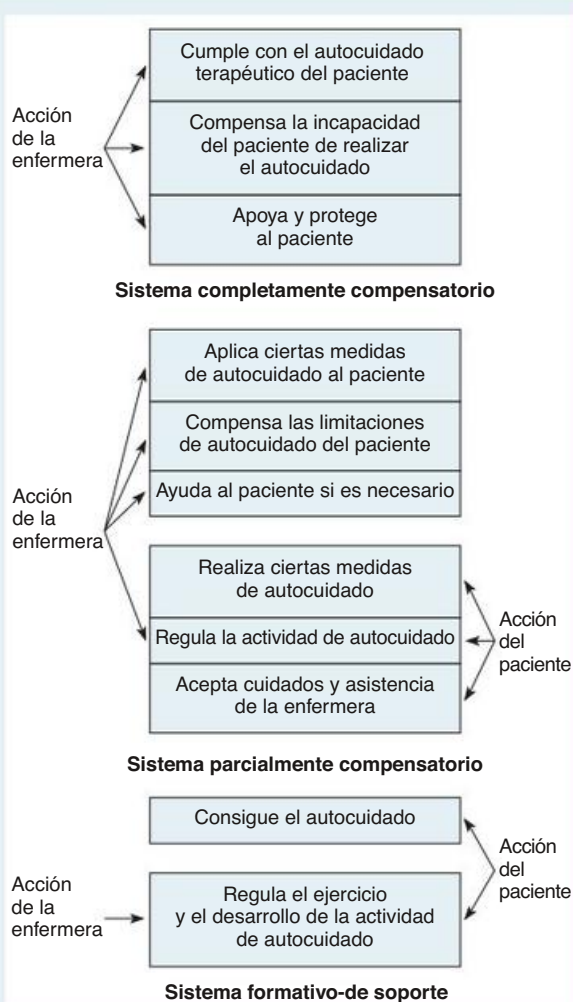


Fig. 14.1 Sistemas básicos. (Tomado de Orem, D. E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6th ed., p. 351]. St. Louis: Mosby.)

su origen en lo que se sabe y lo que se valida, o lo que está en proceso de validarse, acerca de la integridad estructural y funcional humana en las distintas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos de autocuidado comunes a hombres, mujeres y niños:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
4. Prestación de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

6. Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de riesgos para la vida, el funcionamiento y el bienestar de las personas.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal; la normalidad se utiliza en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos (Orem, 2001, p. 225).

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo (RACD) se separaron de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de RACD:

1. Establecimiento de condiciones que promueven el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevención o superación de los efectos de las condiciones humanas y las situaciones vitales que pueden afectar negativamente al desarrollo humano (Orem, 1980, p. 231).

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de estados patológicos o enfermedades, incluidos los defectos y las discapacidades, y que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se extienden en el tiempo determinan los tipos de demandas de cuidado que los individuos experimentan al convivir con los efectos de los estados patológicos y vivir mientras duren estos estados.

Las enfermedades o lesiones no solo afectan a estructuras y mecanismos fisiológicos o psicológicos específicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integral se ve gravemente afectado (retraso mental grave y estados comatosos), las facultades de actividad desarrolladas o en desarrollo del individuo se ven gravemente afectadas, ya sea de forma permanente o temporal. En los estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado surgen tanto del estado de la enfermedad como de las medidas utilizadas en su diagnóstico o tratamiento.

Las medidas de atención adoptadas para satisfacer los requisitos existentes de autocuidado en caso de desviación de salud deben convertirse en componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente de un individuo. La complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente se ve incrementada por el número de requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud que deben cubrirse en unos plazos determinados.

Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado terapéutico consiste en el conjunto de medidas de cuidado necesarias en momentos específicos o durante un periodo de tiempo para satisfacer todos los requisitos de autocuidado conocidos de un individuo, particularizados para las condiciones y circunstancias existentes, a través de unos métodos apropiados, para lo siguiente:

- Controlar o gestionar los factores identificados en los requisitos, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (cantidad suficiente de aire, agua y alimentos).
- Cubrir el elemento de actividad de los requisitos (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Orem, 2001, p. 523).

La demanda de autocuidado terapéutico en cualquier momento: 1) describe factores del paciente o del entorno que deben mantenerse estables dentro de un intervalo de valores o hacer que lleguen y se mantengan dentro de dicho intervalo por el bien de la vida, la salud o el bienestar del paciente, y 2) tiene un grado conocido de eficacia instrumental derivada de la elección de tecnologías y técnicas específicas para utilizar, cambiar o controlar de algún modo los factores del paciente o del entorno.

Demanda de cuidado dependiente

La demanda de cuidado dependiente es la suma de las medidas de cuidados en un momento específico o durante un periodo de tiempo para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente cuando su actividad de autocuidado no es adecuada u operativa (Taylor et al., 2001, p. 40).

Actividad de autocuidado

La **actividad de autocuidado** es una habilidad compleja adquirida por las personas maduras y en proceso de maduración que les permite conocer y satisfacer sus necesidades continuas de acción deliberada e intencionada para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano (Orem, 2001, p. 522).

Actividad de cuidado dependiente

La **actividad de cuidado** de atención a la dependencia se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado de la persona dependiente.

Déficit de autocuidado

El **déficit de autocuidado** es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo y sus facultades para la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado desarrolladas en la actividad de autocuidado no son operativas o son insuficientes para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o proyectada (Orem, 2001, p. 522).

(Continúa)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Déficit de cuidado dependiente

El **déficit de cuidado dependiente** es una relación que existe cuando la actividad de cuidado dependiente prestada por el proveedor no es suficiente para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que recibe el cuidado dependiente.

Actividad enfermera

La actividad enfermera comprende las capacidades desarrolladas por las personas formadas como enfermeras que las facultan para representarse a sí mismas como enfermeras y, en el marco de una relación interpersonal legítima, actuar, conocer y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o el ejercicio de su actividad de autocuidado (Orem, 2001, p. 518). La actividad enfermera también incorpora las capacidades de las enfermeras para ayudar a las personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su actividad de cuidado dependiente.

Diseño enfermero

El **diseño enfermero**, una función profesional que se realiza tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción de enfermería, permite a las enfermeras, a partir de juicios prácticos reflexivos acerca de las condiciones existentes, sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas para estructurar unidades operativas. La finalidad del diseño enfermero es proporcionar guías para lograr los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de los objetivos de enfermería; estas unidades tomadas en conjunto constituyen el patrón que guía la producción de la enfermería (Orem, 2001, p. 519).

Sistemas enfermeros

Los **sistemas enfermeros** son series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que las enfermeras realizan, en ocasiones en coordinación con las acciones de sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas

de autocuidado terapéutico de los pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Orem, 2001, p. 519).

Métodos de ayuda

Un método de ayuda, desde la perspectiva de la enfermería, es una serie secuencial de acciones que, si se llevan a cabo, resolverán o compensarán las limitaciones asociadas a la salud de los individuos para llevar a cabo acciones que regulen su propio funcionamiento y desarrollo o el de las personas a su cargo. Las enfermeras utilizan todos los métodos, seleccionándolos y combinándolos en relación con las demandas de acción de los individuos que reciben los cuidados de enfermería y en relación con las limitaciones de acción asociadas al estado de salud, como se indica a continuación:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Proporcionar apoyo físico o psicológico.
- Proporcionar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar (Orem, 2001, pp. 55-56).

Factores condicionantes básicos

Los **factores condicionantes básicos** condicionan o afectan al valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o a la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y en circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores ambientales externos.

PRINCIPALES PREMISAS

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la Escuela de Enfermería de la Marquette University en 1973. Orem (2001) identificó cinco premisas subyacentes a la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos y deliberados de sí mismos y a su entorno para mantenerse vivos y funcionar de acuerdo con la naturaleza del ser humano.
2. La actividad humana, el poder de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de cuidado de uno mismo y de los demás al identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones en la actuación para el cuidado de sí mismos y de los demás, que implican la realización de estímulos para mantener la vida y regular las funciones.
4. La actividad humana se ejerce al descubrir, desarrollar y transmitir formas y medios para identificar las necesidades y realizar estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar los estímulos necesarios y deliberados a sí mismos y a los demás (p. 140).

Orem expuso los supuestos y proposiciones de la teoría de los sistemas de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. Estos constituyen la expresión de las teorías y se resumen en los siguientes apartados.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Presentada como una teoría general de la enfermería que representa una imagen completa de esta, la TDAE se expresa en las tres teorías siguientes

1. Teoría de los sistemas enfermeros.
2. Teoría del déficit de autocuidado.
3. Teoría del autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TDAE. La teoría de sistemas enfermeros es la teoría unificadora e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado aborda las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería. La teoría del autocuidado, fundamental para los demás, expresa el propósito, el método y el resultado de cuidar de uno mismo. La teoría del cuidado dependiente se introdujo inicialmente como corolario a la teoría del autocuidado (Taylor y Renpenning, 2011, p. 107). Se está trabajando para seguir desarrollando los elementos conceptuales y las relaciones vinculadas a esta teoría.

Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros propone que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por las enfermeras a través del ejercicio de su actividad de enfermería para las personas con limitaciones derivadas o asociadas a la salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. La actividad de enfermería incluye los conceptos de acción deliberada, que incluye la intencionalidad, y las operaciones de diagnóstico, prescripción y regulación. En la [figura 14.1](#) se muestran los sistemas enfermeros básicos clasificados según la relación entre las acciones del paciente y de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden producirse para individuos, para personas que constituyan una unidad de cuidado de personas dependientes, para grupos cuyos miembros tengan necesidades de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tengan limitaciones similares para comprometerse al autocuidado o al cuidado dependiente, y para familias u otras unidades multipersonales.

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas de unos servicios de enfermería están asociadas a la subjetividad de las personas maduras y en proceso de maduración y a las limitaciones de sus acciones relacionadas con la salud o los cuidados sanitarios. Estas limitaciones les incapacitan total o parcialmente para conocer los requisitos existentes y emergentes para el cuidado regulador de sí mismos o de sus dependientes. También limitan la capacidad

de comprometerse en la adopción continua de medidas de atención para controlar o gestionar de alguna manera los factores que regulan su propio funcionamiento y desarrollo o el de la persona dependiente.

Déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus necesidades de cuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones de acción, proporciona guías para la selección de métodos de ayuda y la comprensión de los papeles que desempeña el paciente en el autocuidado.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora humana que los individuos deben, de manera deliberada, realizar por sí mismos o hacer que se realice por ellos para mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del ser humano, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado debe aprenderse, y debe realizarse de forma deliberada y continua, y de conformidad con los requisitos reguladores de las personas. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de gasto de energía y factores ambientales.

Teoría del cuidado dependiente

La teoría del cuidado dependiente «explica cómo se modifica el sistema de autocuidado cuando se dirige a una persona que es socialmente dependiente y necesita ayuda para satisfacer sus requisitos de autocuidado» (Taylor y Renpenning, 2011, p. 24). Para las personas que son socialmente dependientes y no pueden satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico, es necesaria la ayuda de otras personas. En muchos aspectos, el autocuidado y el cuidado dependiente son paralelos; la principal diferencia es que cuando se proporciona cuidado de la persona dependiente, la persona está satisfaciendo las necesidades de autocuidado de otra persona. Para el agente de cuidado dependiente, las demandas de proporcionar cuidado dependiente pueden influir o condicionar la demanda de autocuidados terapéuticos del agente y la actividad de autocuidado. Se espera que la necesidad de cuidado dependiente se incremente al aumentar la edad de la población y el número de personas que viven con enfermedades crónicas y/o incapacitantes.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La percepción de Orem llevó a la formalización inicial y a la expresión posterior de un concepto general de enfermería. Posteriormente, esta generalización hizo posible el pensamiento

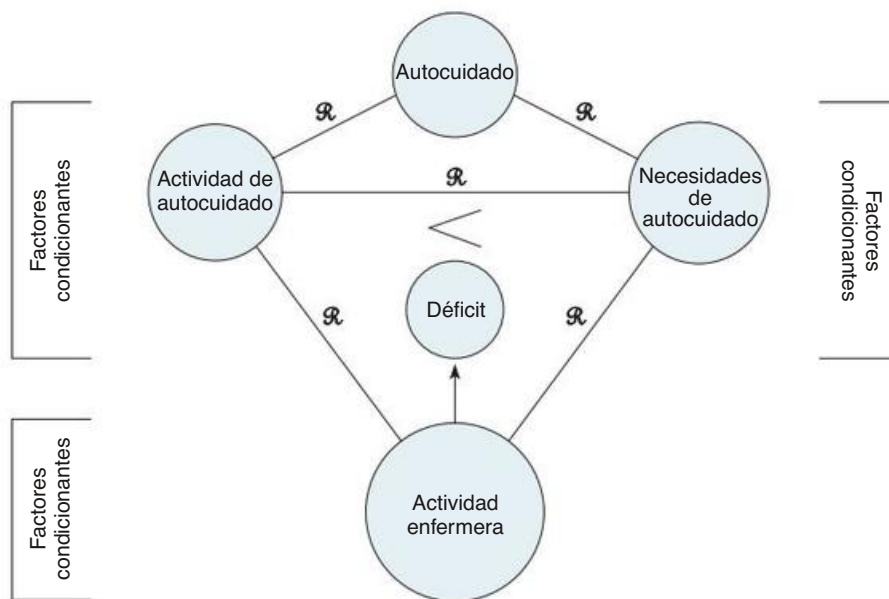


Fig. 14.2 Un marco conceptual para la enfermería. R, relación; <, déficit de relación, actual o prevista. (Tomado de Orem, D. E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6th ed., p. 491]. St. Louis: Mosby.)

inductivo y deductivo sobre la enfermería. La forma de la teoría se muestra en los numerosos modelos que Orem y otros han desarrollado, como los que se presentan en las figuras 14.1 y 14.2. Orem describió los modelos y su importancia para el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades. Estos modelos están «orientados a conocer la estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, de los sistemas de atención a las personas o para las unidades de cuidado dependiente o de las unidades multipersonales atendidas por las enfermeras» (Orem, 1997, p. 31). La teoría general es lógicamente congruente.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

La TDAE de Orem ha alcanzado un nivel de aceptación importante por parte de la comunidad enfermera internacional, como lo demuestra la magnitud del material publicado y las presentaciones en los congresos mundiales de la International Orem Society (2008, 2011 y 2012). En la investigación que utiliza la TDAE o sus componentes, Biggs (2008) encontró más de 800 referencias. Berbiglia (2014) identificó escenarios de práctica seleccionados y focos conceptuales de la TDAE a partir de una revisión de más de tres décadas de uso de la TDAE en la práctica y la investigación, y dio a conocer modelos seleccionados internacionales de práctica de la TDAE para el siglo XXI.

Aunque es difícil evaluar plenamente la aplicación internacional de la TDAE, está claro que, con el tiempo, Alemania ha sido un ejemplo emblemático. La TDAE se introdujo como

estructura básica para la dirección de la enfermería en los hospitales alemanes que aplican la tarificación por grupos relacionados de diagnóstico (G. Bekel, comunicación personal, 2004). Los conceptos de la TDAE han configurado la política sanitaria alemana. La ley de enfermería (social) puso en marcha un seguro para garantizar la asistencia financiera a las personas que necesitan cuidados de larga duración (Código Social SGB XI, 2020). La ley de enfermería enmarca los cuidados de larga duración con los conceptos de la TDAE, insistiendo sobre todo en las capacidades y los déficits de autocuidado.

Gerd Bekel y Roman Balk (Orem, 1997a) diseñaron y gestionan centros terapéuticos de enfermería (pro-persona.care) que ofrecen cuidados de larga duración (G. Bekel, comunicación personal, 2020). En estos centros se proporcionan unos cuidados de enfermería expertos y basados en la evidencia a personas que sufren diferentes niveles de déficit de autocuidado relacionados con la pérdida de la actividad de autocuidado (competencia) debido a desviaciones de salud. La base conceptual para el diseño de los centros incluía 1) los conceptos de la TDAE combinados (por primera vez) con 2) los resultados de la investigación en neurología sobre el entorno enriquecido y la neuroplasticidad, y 3) el concepto de entorno construido. El éxito de Bekel en Alemania gracias a la teoría refleja la aplicación del concepto de autocuidado por parte de la Organización Mundial de la Salud.

Una revisión anterior de las referencias de la página web de la Organización Mundial de la Salud sobre la aplicación global del concepto de autocuidado reveló 326 ejemplos (OMS, 2016). Aunque este hallazgo no se basó únicamente en la

TDAE, es lo que Orem preveía como resultado final de su teoría: que el concepto de *autocuidado* se convirtiera en algo habitual. Y, de hecho, su visión se ha cumplido con la adopción del marco conceptual de la OMS para las intervenciones de autocuidado (OMS, 2019).

En contraste con la aceptación de la TDAE en la investigación y la práctica, la aplicación de la TDAE en la docencia está en declive (Hartweg, 2020). Los teóricos y educadores en enfermería atribuyen esto, en parte, a los cambios en los criterios de acreditación (conferencia *Nursing Theories: Moving Forward through Collaboration, Application and Innovation*, 2019). Los participantes en la conferencia se comprometieron a seguir trabajando por restablecer la aplicación de teoría en la enseñanza de la enfermería.

EVOLUCIÓN

Desde la publicación de la primera edición de *Nursing: Concepts of Practice* en 1971, Orem se dedicó a desarrollar continuamente sus conceptualizaciones. Trabajó tanto en solitario como con colaboradores. La sexta y última edición se publicó en 2001. *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 2001) está organizado en dos centros de interés: 1) la enfermería como campo único de conocimiento, y 2) la enfermería como ciencia práctica. El texto incluye una ampliación, respecto a ediciones anteriores, de los contenidos sobre la ciencia de la enfermería y la teoría de los sistemas enfermeros. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. También describió el desarrollo de la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes et al., 2001).

El trabajo de Orem con un grupo de académicos, conocido como el Orem Study Group, avanzó en el desarrollo de las diversas conceptualizaciones y estructuró el conocimiento enfermero utilizando elementos de la teoría. Este trabajo condujo a la expresión de una teoría del cuidado dependiente (Taylor et al., 2001) y a la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes et al., 2001). Más recientemente, los estudiosos de Orem incorporaron otras perspectivas enfermeras y multidisciplinarias a la ciencia del autocuidado, identificando su trabajo como *un marco conceptual para la práctica enfermera contemporánea* (Renpenning et al., 2016).

En 1993, se fundó la Orem Internacional Society (IOS) con el objetivo de hacer avanzar la ciencia de la enfermería y la erudición a través del uso de las conceptualizaciones de enfermería de Orem en la formación, la práctica y la investigación en enfermería. En 2015, el nombre oficial de la organización pasó a ser Orem International Society of Nursing Science and Scholarship (OIS) (acta de la conferencia de la IOS, 2015). La OIS publica *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, una revista online de acceso abierto (<http://www.oreminternationalsociety.org>).

Desde su creación, la OIS ha patrocinado conferencias internacionales y mantiene un registro de sus contenidos.

CRÍTICA

Claridad

Los términos utilizados por Orem están definidos con precisión. El lenguaje de la teoría es coherente con el lenguaje del siglo XXI utilizado en la teoría de la acción y la filosofía. La terminología de la teoría es toda ella congruente. El término *autocuidado* tiene múltiples significados dependiendo de la disciplina; Orem definió el término y elaboró la estructura sustancial del concepto de una manera única, pero congruente con otras interpretaciones. Las referencias a las dificultades del lenguaje utilizado por Orem que se hicieron al principio parecen dejar de ser válidas a medida que cada vez más enfermeras se familiarizan con la obra. La familiarización básica con la terminología de la TDAE promueve la lectura y el estudio de la obra de Orem y la comprensión exhaustiva de su visión de la enfermería como campo de conocimiento y de práctica.

Sencillez

La teoría de Orem se expresa en un número limitado de términos. Estos términos se definen y se utilizan de manera coherente en la expresión de la teoría. La teoría general de Orem, la TDAE, consta de cuatro teorías: **autocuidado**, **cuidado dependiente**, **déficit de autocuidado** y **sistemas enfermeros**. La TDAE es una síntesis del conocimiento sobre ocho entidades: *autocuidado* (y *cuidado dependiente*), *actividad de autocuidado* (y *actividad de cuidado dependiente*), *demanda de autocuidado terapéutico*, *déficit de autocuidado*, *actividad de enfermería* y *sistema enfermero*. El desarrollo de la teoría mediante estas entidades es lento. La relación entre estas entidades se presenta en un sencillo diagrama. La estructura sustancial de la teoría se ve en el desarrollo de estas entidades. La profundidad del desarrollo de los conceptos confiere a la teoría la complejidad necesaria para describir y comprender una disciplina práctica humana.

Generalidad

Orem realizó el siguiente comentario sobre la generalidad o universalidad de la teoría:

«La teoría del déficit de autocuidado en enfermería no es una explicación de la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino más bien la expresión de una combinación singular de propiedades o características conceptualizadas comunes a todas las situaciones de la enfermería. Como teoría general, sirve a las enfermeras practicantes en el desarrollo y la validación del conocimiento enfermero, y en la enseñanza y el aprendizaje en enfermería.»

(1995, pp. 155-152)

Una revisión de la investigación y de las publicaciones permitirá determinar la generalidad de la teoría.

Accesibilidad

Como teoría general, la TDAE proporciona una explicación descriptiva de por qué las personas requieren cuidados de enfermería y qué procesos son necesarios para la prestación de los cuidados de enfermería requeridos. Los conceptos de la teoría son abstracciones de las entidades que representan el objeto real de las enfermeras en situaciones concretas de la práctica enfermera. El autocuidado, el cuidado dependiente y los cuidados de enfermería son formas de acción deliberada que se llevan a cabo para lograr un objetivo concreto. Los conceptos de *demanda de autocuidado terapéutico*, *actividad de autocuidado*, *actividad de cuidado dependiente* y *actividad de enfermería* se refieren a propiedades de las personas. El *déficit de autocuidado* y el *déficit de cuidado dependiente* se refieren a relaciones entre propiedades de las personas. *Sistema de autocuidado*, *sistema de cuidado dependiente* y *sistema enfermero* son sistemas de cuidados diseñados e implementados para obtener los resultados deseados. Los *factores condicionantes básicos* se refieren a los factores que condicionan o influyen en las variables de las personas. Estos factores pueden ser internos a la persona, como el nivel de desarrollo, o externos, como los recursos disponibles. En las situaciones de la práctica enfermera, los datos recogidos por las enfermeras pueden clasificarse fácilmente según los conceptos de la TDAE.

A efectos de investigación, tanto los métodos de investigación cuantitativos como los cualitativos son apropiados para el desarrollo de conocimientos relacionados con la TDAE. Los métodos de investigación específicos que se utilizan en

cualquier investigación se seleccionan en función de las preguntas que se plantean. Se pueden encontrar ejemplos de varios enfoques en el resumen del texto complementario a esta publicación sobre la investigación reciente basada en la TDAE (Berbiglia, 2014). Aunque los conceptos de la TDAE se refieren a entidades reales, son de naturaleza compleja. La puesta en práctica de estos conceptos requiere un conocimiento exhaustivo de la obra de Orem. Se han desarrollado instrumentos para medir algunos de estos conceptos. El interés actual de la TDAE se centra en el desarrollo de aplicaciones específicas para cada situación.

Importancia

La TDAE diferencia el centro de interés de la enfermería del de otras disciplinas. Aunque otras disciplinas encuentran útil la teoría de autocuidado y contribuyen a su desarrollo, la teoría de sistemas enfermeros proporciona un enfoque único para la enfermería. La importancia del trabajo de Orem va mucho más allá del desarrollo de la TDAE. En sus trabajos, proporcionó la expresión de la forma de la ciencia de la enfermería como ciencia práctica, junto con una estructura para el desarrollo continuo del conocimiento enfermero en las etapas de desarrollo de la teoría. Orem presentó un enfoque visionario de la práctica, la educación y el desarrollo de conocimiento en enfermería en la época contemporánea, expresado a través de la teoría general.

RESUMEN

La pregunta crítica —¿cuál es el estado que indica que una persona necesita cuidados enfermeros?— fue el punto de partida para el desarrollo de la TDAE. Orem señaló que se trata de la incapacidad de las personas para mantener de forma continuada sus propios cuidados o los de las personas dependientes. A partir de esta observación, inició el proceso de formalización del conocimiento sobre lo que las personas necesitan hacer o han hecho por sí mismas para mantener la salud y el bienestar. Cuando una persona necesita ayuda, ¿cuáles son las acciones de asistencia de enfermería adecuadas? La teoría del autocuidado describe lo que necesita una persona y las acciones que debe emprender para satisfacer esas necesidades. La teoría del cuidado dependiente es compleja. Es paralela a la teoría del autocuidado de Orem. La teoría del déficit de autocuidado describe las limitaciones para satisfacer los requisitos de atención continua y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona o del dependiente. La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y los conocimientos previos necesarios para ayudar a la persona. Estas teorías también son descriptivas de situaciones que involucran a familias y comunidades.

El trabajo de Orem relacionado con la enfermería como ciencia práctica y la identificación de tres ciencias de la práctica y tres ciencias fundamentales de la enfermería proporciona una guía para el desarrollo de la ciencia de la enfermería. Esta obra ofrece una estructura para la organización del conocimiento enfermero existente, así como para la generación de nuevos conocimientos.

En una entrevista con Jacqueline Fawcett (2001), Orem identificó los factores esenciales para el desarrollo de la ciencia enfermera. Entre ellos se encuentran los siguientes: 1) un modelo de ciencia de la práctica; 2) una teoría general de enfermería válida y fiable; 3) modelos de las operaciones de la práctica enfermera; 4) desarrollo de la estructura conceptual de la teoría general, y 5) integración de los elementos conceptuales de la teoría con las operaciones de la práctica (p. 36). El trabajo de Orem relacionado con la TDAE y la forma de la ciencia enfermera como ciencia práctica proporciona una base para el desarrollo de un corpus de conocimientos. Los esfuerzos de enfermeras expertas e investigadoras por construir esta base dan lugar a un corpus de conocimientos que sirve a las enfermeras para prestar cuidados a las personas que necesitan atención enfermera.

CASO CLÍNICO***Teoría del cuidado dependiente***

Este estudio de caso documenta una interacción continua entre una esposa y su marido, que viven en una casa espaciosa en una urbanización privada.

Cuando Dan (ahora de 80 años) y Jane (de 65) empezaron a salir hace más de 15 años, ambos estaban emocionados por empezar una nueva vida. Con buena formación y posibilidades económicas, tenían mucho en común. Dan era un ministro protestante, y el difunto marido de Jane también lo había sido. Ambos eran viudos. El primer marido de Jane había sufrido un aneurisma cerebral letal 2 años antes. Dan había oficiado el funeral del marido de Jane. La esposa de Dan había muerto de un cáncer terminal hacía poco más de 1 año. La primera esposa de Dan había sido consejera escolar; Jane era maestra. Ambos tenían hijos en la universidad. Compartían la afición por viajar. Dan estaba jubilado pero seguía trabajando a tiempo parcial, y Jane pensaba seguir dando clases para poder jubilarse con una pensión. Los dos gozaban de buena salud y tenían una cobertura médica más que suficiente. Al cabo de 1 año se casaron. Pasaron las vacaciones de verano buceando en Hawái, haciendo montañismo en parques nacionales y navegando con la familia. Al cabo de 7 años, Dan experimentó importantes problemas de salud: una operación cardiaca con una cuádruple revascularización, seguida de otra intervención por un cáncer de páncreas. Jane tuvo que renunciar a sus planes de seguir trabajando, para ayudar a Dan a recuperarse y poder seguir viajando con él y disfrutar del tiempo que les quedaba juntos. Dan se recuperó, pero empezó a mostrar los primeros signos y síntomas de la enfermedad de Alzheimer. Uno de los primeros signos se manifestó en las últimas navidades, cuando estaban colocando las luces en el exterior de la casa. Para consternación de Jane, observó que Dan no era capaz de seguir las instrucciones secuenciales que le daba. Con el paso del tiempo aparecieron otros signos, como cierta pérdida de memoria y confusión, repetición frecuente de frases predilectas, estallidos repentinos de ira y reducción de las actividades sociales. Las evaluaciones realizadas dieron como resultado el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer incipiente. A Dan le recetaron donepezilo y Jane comenzó a prepararse para afrontar esta nueva etapa de su vida conyugal. Leía con avidez publicaciones sobre la enfermedad de Alzheimer y organizó

su casa para que fuera segura desde el punto de vista físico y psicológico. En una pizarra de la cocina anotó los números de teléfono y los planes diarios. Guardó a buen recaudo las llaves del coche. Notó que empezaba a valorar mucho el tiempo que pasaba con Dan. El simple hecho de sentarse con él en el sofá era suficiente para que se le iluminara el rostro. Siguió asistiendo a los servicios litúrgicos, pero dejaron de ir a nadar con regularidad en la piscina de la urbanización a raíz de que un día Dan salió desnudo del vestuario. Al cabo de 1 año, la hermana y el cuñado de Jane, ya jubilados, se trasladaron a una casa situada a poca distancia de la de Jane. Su intención era estar a mano para ayudar a Jane en el cuidado de Dan. Los hijos de Dan y de Jane no vivían cerca, por lo que solo podían ayudar ocasionalmente. Cuando los síntomas de Dan se intensificaron, una vecina amiga, Helen, empezó a relevar a Jane durante unas horas cada semana. En este momento, Jane sigue siendo el principal agente del cuidado dependiente. Se enorgullece de dominar la ducha doble; primero ducha a Dan en la silla adaptada y luego, mientras ella se ducha, él se queda sentado en el inodoro, secándose. Sus amigas decían que esto era material para un entretenido video doméstico. Aunque Jane es prudente en el cuidado de Dan, a menudo recorre una corta distancia hasta la pista de tenis de su barrio para jugar un rato con sus amigos o se entretiene cuidando el precioso jardín que Dan y ella plantaron. En esos momentos, cierra las puertas de la casa y deja a Dan sentado frente al televisor con un vaso de zumo. Está pendiente de la hora y vuelve a casa cada poco tiempo para ver cómo está Dan. En una ocasión en la que se olvidó de cerrar la puerta con llave mientras trabajaba en el jardín, Dan salió a la calle, perdió el equilibrio, se cayó de bruces en el parterre y fue encontrado allí por un vecino. Jane pasa las tardes en casa y cultiva cada vez más su pasatiempo favorito, la lectura. Sus días los dedica por completo a la asistencia a Dan en todas sus actividades de la vida diaria. A menudo, se despierta y descubre a Dan vagando por la casa. A veces, cuando suena el teléfono, Dan contesta y dice que allí no vive ninguna Jane. Desde la habitación de al lado, Jane le dice: «Dan, yo soy Jane». Sus amigos se muestran tristes por el declive de Dan y se preocupan por las cargas y limitaciones que Jane ha asumido como consecuencia de la dependencia de Dan.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Examine este caso práctico a través del modelo del ciclo de dependencia (fig. 14.3). Las flechas exteriores muestran una progresión a través de diferentes etapas de dependencia. El círculo interior representa quién puede participar en el ciclo de dependencia. ¿Dónde se encuentran Jane y Dan en este ciclo?
2. Utilizando el modelo del sistema básico de cuidado dependiente (fig. 14.4), evalúe a Dan y Jane. Identifique los factores condicionantes básicos (FCB) de cada uno. ¿Cuál es el efecto de los FCB de Dan en su actividad de autocuidado? ¿Es capaz de cubrir sus necesidades de autocuidado terapéutico? Continúe con el diagnóstico del déficit de

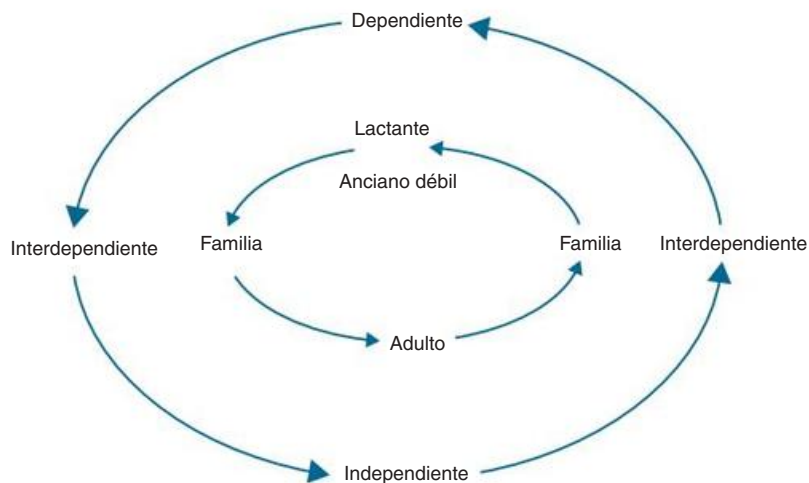


Fig. 14.3 Ciclo de dependencia. (Tomado de Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. [2001]. The theory of dependent-care: A corollary to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14[1], 39–47.)

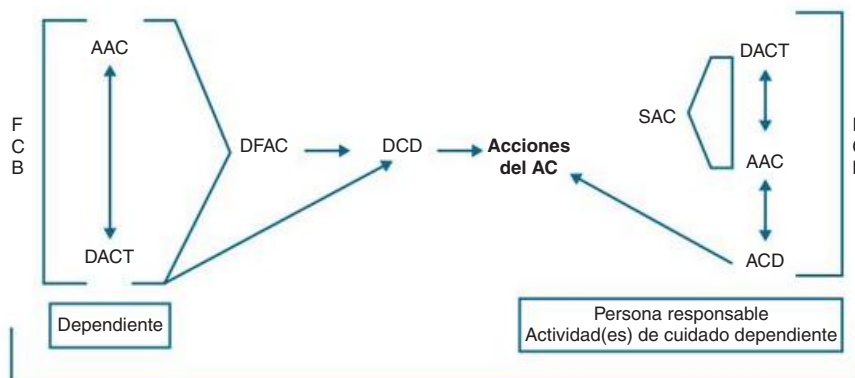


Fig. 14.4 Sistema básico de cuidado dependiente. AAC, actividad de autocuidado; AC, agente de cuidados; ACD, actividad de cuidado dependiente; DACT, demanda de autocuidado terapéutico; DCD, demanda de cuidado dependiente; DFAC, déficit de autocuidado; FCB, factores condicionantes básicos; SAC, sistema de autocuidado. (Tomado de Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. [2001]. The theory of dependent-care: A corollary to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14[1], 39–47.)

autocuidado de Dan y el déficit de cuidado dependiente resultante. A continuación, evalúe el sistema de autocuidado de Jane.

3. Diseñe un sistema de enfermería que aborde el sistema de autocuidado de Jane a medida que aumenta su papel como agente de cuidado dependiente de Dan.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Berbiglia, V. A. (2014). Orem's self-care deficit nursing theory in practice. En M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 222–244). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Fawcett, J. (1992). *Excellence in action: Dorothea Orem* (video/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Orem International Society (OIS) <http://www.oreminternationalociety.org>
- Los Johns Hopkins Archives albergan la Dorothea Orem Collection en <http://www.medicalarchives.jhmi.edu>
- La revista oficial online de la OIS, *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, está archivada en <http://OremInternationalociety.org>

BIBLIOGRAFÍA

- Allison, S. E. (2008). Some early efforts to conceptualize nursing: A tribute to Dorothea E. Orem. *Self-care, Dependent-Care & Nursing*, 16(1), 49–50.
- Allport, G. W. (1955). *Becoming*. New Haven: Yale University Press.
- Arnold, M. B. (1960a). *Emotion and personality 1*. New York: Columbia University Press.
- Arnold, M. B. (1960b). *Emotion and personality 2*. New York: Columbia University Press.
- Banfield, B. E. (1998). *A philosophical inquiry of Orem's self-care deficit nursing theory*. Detroit: Unpublished doctoral dissertation: MIWayne State University.
- Banfield, B. E. (2008). Philosophic position on nature of human beings foundational to Orem's self-care deficit nursing theory. *Self-Care, Dependent-Care, & Nursing*, 16(1), 33–40.
- Banfield, B. E. (2011). Environment: A perspective of the self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 24(2), 96–100.
- Barnard, C. I. (1962). *The functions of the executive* (pp. 1–3). Cambridge: Harvard University Press. The functions of the executive. Society Newsletter, 7.
- Bekel, G. (2002, November 1–3). *Development of therapeutic self-care demand for nursing practice situations* [Abstract]. 7th International self-care deficit nursing Theory Conference, Atlanta, GA.
- Biggs, A. (2008). Orem's self-care deficit nursing theory: Update on the state of the art and science. *Nursing Science Quarterly*, 21(3), 200–206.
- Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48–54.
- Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st-century updates—Dorothea E. Orem 2001. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 34–38.
- Fromm, E. (1962). *The art of loving*. New York: Harper Colophon Books.
- GmbH Nursing Therapeutic Centers. (2020). pro-persona.care.
- Harre, R. (1970). *The principles of scientific thinking*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hartweg, D. (2020). Dorothea Orem's self-care deficit nursing theory. In M. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed). Philadelphia: F. A. Davis.
- Hartweg, D., & Pickens, J. (2016). A concept analysis of normalcy within Orem's self-care deficit nursing theory. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 22(1), 12–15.
- Macmurray, J. (1957). *The self as agent*. London: Faber and Faber.
- Macmurray, J. (1961). *Persons in relation*. New York: Harper.
- Maritain, J. (1959). *The degrees of knowledge*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Nursing Development Conference Group, Orem, D. E. (1973). *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston: Little Brown.
- Nursing Development Conference Group, Orem, D. E. (1979). *Concept formalization in nursing: Process and product* (2nd ed). Boston: Little Brown.
- Nursing Theories: Moving Forward Through Collaboration, Application and Innovation (2019, November 14–15). <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/19332>.
- OIS (Orem International Society). (2015). Conference call minutes. oreminternationalsociety.org.
- Orem, D. E. (1956). *Report to the Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana State Board of Health*. In *Hospital nursing service: An analysis*. Indianapolis: Division of Hospital and Institutional Services.
- Orem, D. E. (1959). *Guides for developing curricula for the education of practical nurses*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Orem, D. E. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing: Concepts of practice* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (1997a). Strukturkonzepte der Pflegepraxis [Nursing concepts of practice]. In G. Bekel (Ed.), *Trans*. Berlin: Ullstein: Mosby.
- Orem, D. E. (1997b). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 26–31.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.
- Parsons, T. (1949). *Essays in sociological theory*. New York: Free Press.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Plattel, M. G. (1965). *Social philosophy*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Renpenning, K., & Taylor, S. G (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer.
- Renpenning, K., Taylor, S., & Pickens, J. (2016). *Foundations of professional nursing: Care of self and others*. New York: Springer.
- Social Code (SGB XI) Eleventh Book of Social Care Insurance. (2020). (Status: Last amended by Art. 132 G v. 20.11.2019 I 1626) <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>.
- Taylor, S., Geden, E., Isaramalai, S., & Wongvatuny, S. (2000). Orem's self-care deficit nursing theory: Its philosophical foundation and the state of the science. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 104–109.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory and evidence-based practice*. New York: Springer.
- Taylor, S. G., Renpenning, K., Geden, E., Neuman, B., & Hart, M. (2001). A theory of dependent care. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 39–47.
- Wallace, W. A. (1979). *From a realist point of view*. Washington, DC: University Press of America.
- Wallace, W. A. (1996). *The modeling of nature, philosophy of science and philosophy of nature in synthesis*. Washington, DC: Catholic University of America Press.
- White, M. L., Peters, R., & Schim, S. M. (2011). Spirituality and spiritual self-care: Expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 48–56.
- WHO Conceptual Framework for Self-Care Interventions. (2019). Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/conceptual-framework/en>.
- World Health Organization. (n.d.). Recuperado de <http://www.who.int/en/>.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Nursing Development Conference Group, Orem, D. E. (1972). *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston: Little Brown.
- Nursing Development Conference Group, Orem, D. E. (1979). *Concept formalization in nursing: Process and product* (2nd ed). Boston: Little Brown.
- Orem, D. E. (Ed.). (1959). *Guides for developing curricula for the education of practical nurses. Trade and Industrial Education: Vocational Division*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Orem, D. E., & Parker, K. S. (Eds.). (1963). *Nurse practice education workshop proceedings*. Washington, DC: The Catholic University of America.
- Orem, D. E., & Parker, K. S. (Eds.). (1964). *Nursing content in preservice nursing curriculum*. Washington, DC: The Catholic University of America Press.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed). McGraw-Hill: New York.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed). Mosby: St. Louis.

Capítulos de libros

- Orem, D. E. (1966). Discussion of paper—Another view of nursing care and quality. In K. M. Straub, & K. S. Parker (Eds.), *Continuity of patient care: The role of nursing*. Washington, DC: The Catholic University of America Press.
- Orem, D. E. (1969). Inservice education and nursing practice forces effecting nursing practice. In D. K. Petrowski, & K. M. Staub (Eds.), *School of nursing education*. Washington, DC: The Catholic University of America Press.
- Orem, D. E. (1981). Nursing: A triad of action systems. In G. E. Lasker (Ed.), *Applied systems and cybernetics. Systems research in health care, biocybernetics, and ecology* (Vol. IV). New York: Pergamon Press.
- Orem, D. E. (1982). Nursing: A dilemma for higher education. In Sr. A. Power (Ed.), *Words commemorated: Essays*

celebrating the centennial of Incarnate Word College. San Antonio, TX: Incarnate Word College.

- Orem, D. E. (1983). The self-care deficit theory of nursing: A general theory. In I. Clements, & F. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley Medical.
- Orem, D. E. (1984). Orem's conceptual model and community health nursing. In M. K. Asay, & C. C. Ossler (Eds.), *Proceedings of the Eighth Annual Community Health Nursing Conference: Conceptual models of nursing applications in community health nursing*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Department of Public Health Nursing, School of Public Health.
- Orem, D. E. (1988). Nursing administration: A theoretical approach. In B. Henry, C. Arndt, M. DiVincenti, & A. M. Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration*. Boston: Blackwell Scientific.
- Orem, D. E. (1990). A nursing practice theory in three parts. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 1956–1989). New York: National League for Nursing.
- Orem, D. E., & Taylor, S. (1986). Orem's general theory of nursing. In P. Winstead-Fry (Ed.), *Case studies in nursing theory*. National League for Nursing (pp. 37–71). New York: National League for Nursing.

Artículos de revistas

- Orem, D. E. (1962). The hope of nursing. *Journal of Nursing Education*, 1(1), 5.
- Orem, D. E. (1979). Levels of nursing education and practice. *Alumnae Magazine*, 68(1), 2–6.
- Orem, D. E. (1985). Concepts of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing*, 10(3), 33–36.
- Orem, D. E. (1988). The form of nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 1(2), 75–79.
- Orem, D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 26–31.
- Orem, D. E., & O'Malley, M (1952). Diagnosis of hospital nursing problems. *Hospitals*, 26(8), 63–65.
- Orem, D. E., & Vardiman, E. (1995). Orem's nursing theory and positive mental health: Practical considerations. *Nursing Science Quarterly*, 8(4), 165–173.



Imogene M. King, EdD, RN, FAAN^{*}
(1923–2007)

Imogene M. King: sistema conceptual y teoría de nivel medio del logro de objetivos

Ann E. Fronczek, Patricia R. Messmer^{*}

«La teoría es una abstracción que implica una predicción basada en la investigación. La teoría sin investigación y la investigación sin alguna base científica no generan conocimientos científicos para una disciplina.»

(King, 1977, p. 23)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Tributo Nightingale a Imogene King

Imogene M. King nació el 30 de enero de 1923 en West Point, Iowa. Falleció el 24 de diciembre de 2007 en St. Petersburg, Florida, y está enterrada en Fort Madison, Iowa. En 1945, King se diplomó en enfermería en la Escuela de Enfermería del Hospital St. John en St. Louis, Missouri. Mientras trabajaba en distintos puestos como enfermera, King empezó a estudiar la carrera de Ciencias de la Educación en Enfermería en la St. Louis University, que terminó en 1948. En 1957, obtuvo un máster en Ciencias de la Enfermería en la misma universidad. De 1947 a 1958, King trabajó como profesora de enfermería médico-quirúrgica y fue directora adjunta en la Escuela de Enfermería del Hospital St. John. King siguió estudiando con Mildred Montag como directora de tesis en el Teachers College, Columbia University, Nueva York, y recibió el título de doctora en Enfermería en 1961.

De 1961 a 1966, en la Loyola University de Chicago, King desarrolló un programa de máster en enfermería basado en un marco conceptual para la enfermería. Su primer artículo teórico se publicó en 1964 en la revista *Nursing Science*, que dirigía la teórica de la enfermería Martha Rogers.

Entre 1966 y 1968, King trabajó a las órdenes de Jessie Scott como jefa adjunta de la subdivisión de becas para investigación de la división de enfermería del Department of Health, Education, and Welfare estadounidense. Mientras King residía en Washington, DC, su artículo «A conceptual frame of reference for nursing» fue publicado en *Nursing Research* (1968).

De 1968 a 1972, King fue directora de la Escuela de Enfermería de la Ohio State University en Columbus. Durante su estancia en esta universidad, se publicó su libro *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* (1971). En esta primera obra, King llegaba a la conclusión de que «se necesita una representación sistemática de la enfermería para conseguir desarrollar una ciencia que acompañe durante un siglo o más el arte de la enfermería en el mundo diario» (1971, p. 129). Esta obra recibió el premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing* en 1973 (King, 1995a).

King regresó a Chicago en 1972 como profesora del programa de grado de la Loyola University. Entre 1972 y 1975, King fue miembro del Defense Advisory Committee on Women in the Services para el Department of Defense estadounidense. También fue elegida concejala durante un período de 4 años (1975-1979) en el departamento 2 de Wood Dale, Illinois. Asimismo, fue coordinadora de investigación en enfermería clínica en el Departamento de Enfermería del centro médico de Loyola entre 1978 y 1980. En 1980, King recibió un doctorado *honoris causa* de la Southern Illinois University (Messmer, 2000). En mayo de 1998 recibió un doctorado *honoris causa* de la Loyola University, que alberga su «Colección de enfermería». Otra colección de enfermería se encuentra en el Eleanor Crowder Bjoring Cen-

^{*}Autoras anteriores: C. L. Sietoff, M. L. Ackermann, S. A. Brink, J. A. Clanton, C. G. Jones, A. Marriner-Tomey, S. L. Moody, G. L. Perlich, D. L. Price y B. B. Prusinski. Las autoras animan a todos los lectores a leer los materiales originales de la Dra. King junto con este capítulo.

[†]Fotografía cortesía de Patricia R. Messmer, PhD, RN-BC, FAAN.

ter for Nursing Historical Inquiry de la University of Virginia (UVA, 2020).

En 1980, King fue contratada como profesora de la Facultad de Enfermería de la University of South Florida en Tampa (Houser y Player, 2007). En 1981 se publicó su segundo libro, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. Además de sus dos primeros libros, fue autora de numerosos capítulos de libros y artículos en revistas profesionales, y su tercer libro, *Curriculum and Instruction in Nursing: Concepts and Process*, se publicó en 1986. King se jubiló en 1990 y fue nombrada profesora emérita de la University of South Florida.

King continuó prestando servicios a la comunidad y contribuyó a la creación de planes asistenciales a través de su sistema y teoría conceptual en varias organizaciones sanitarias, incluido el Tampa General Hospital (Messmer, 1995). En realidad, King nunca se llegó a jubilar y siempre estuvo disponible para los alumnos, profesores universitarios y compañeros que usaban su teoría e incluso iba con mucha frecuencia a impartir su teoría en el Tampa General Hospital. También actuó como enfermera asesora y conferenciante invitada en la University of Tampa.

King fue miembro durante mucho tiempo de la American Nurses Association (ANA), primero con la Missouri Nurses Association, y también se mantuvo activa en Illinois y Ohio. Cuando se trasladó a Tampa, Florida, se hizo miembro de la Florida Nurses' Association (FNA) y de la FNA District 4, Tampa. King ocupó cargos, como presidenta de la Florida Nurses Foundation, asesora de la FNA y FNA District 4 y también fue delegada de la FNA ante el cuerpo legislativo de la ANA. En 1997 se le otorgó la medalla de oro del gobernador Chiles por los avances que había logrado en la profesión enfermera en el estado de Florida. Fue incorporada al Hall of Fame de la FNA y de la ANA en 2004. En 1994, King se incorporó como miembro titular de la American Academy of Nursing (AAN) y tomó parte activa en el panel de expertos teóricos de la AAN. En 2005 fue nombrada Leyenda Viva por la AAN. En 1996 King recibió el Premio Jessie M. Scott de la ANA y tuvo la gran emoción de contar con la presencia de la propia Jessie Scott como asistente a su ponencia. King estaba en el comité de delegados de la ANA cuando el presidente Bill Clinton las felicitó por el centenario de la asociación, y mostró la admiración que sentía por su madre, que había sido enfermera de anestesia.

En el año 2000, King fue la conferenciante principal de la 37.ª Conferencia Anual Isabel Maitland Stewart de Investigación en Enfermería en el Teachers College de la Columbia University (Messmer y Fawcett, 2008) y expresó su alegría por la presencia de Mildred Montag. En 1999, King fue incluida en el Hall of Fame del Teachers College de la Columbia University. El grupo King International Nursing Group (KING) fue creado para facilitar la difusión y el uso del sistema conceptual de King, la teoría de logro de objetivos y otras teorías relacionadas. King consultaba sobre su teoría a los distintos miembros de la organización de forma individualizada.

King fue uno de los miembros originales del Sigma Theta Tau International (STTI) Virginia Henderson y recibió el Premio STTI Elizabeth Russell Belford Founders a la excelencia en la educación en 1989 (Messmer, 2007; Messmer y Palmer, 2008). King fue una conferenciante clave en las dos conferencias teóricas de la STTI de 1992 y presentó las aplicaciones de su teoría en múltiples conferencias regionales, nacionales e internacionales de la STTI. King se comunicaba de forma habitual con los profesores, los alumnos y las enfermeras clínicas que estaban aprendiendo sus teorías dentro de su sistema conceptual.

King (1971, 1981) fue reconocida como una de las primeras teóricas de la enfermería gracias a sus publicaciones, que fueron traducidas al japonés, al español y al alemán. Fue autora de numerosos artículos y formó parte del consejo editorial de *Nursing Science Quarterly*. King escribió capítulos para varios libros, entre ellos *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing* (1995) de Frey y Sieloff, y *Middle Range Theories for Nursing Practice Using King's Conceptual System* (2007) de Sieloff y Frey, en los que se ponían de manifiesto los estudios sobre King realizados por otros autores.

FUENTES TEÓRICAS

King describió el propósito de su primer libro de la siguiente manera:

«Proponer un marco conceptual de referencia para la enfermería... destinado a ser utilizado específicamente por estudiantes y profesores, y también por investigadores y profesionales, para identificar y analizar los acontecimientos que suceden en situaciones específicas de la enfermería. El sistema conceptual sugiere que las características esenciales de la enfermería son las propiedades que han persistido a pesar de los cambios ambientales.»

(1971, p. ix)

«Es una forma de pensar sobre el mundo real de la enfermería... un enfoque para seleccionar conceptos percibidos como fundamentales para la práctica de la enfermería profesional; [y] muestra un proceso para desarrollar conceptos que simbolizan experiencias dentro del entorno físico, psicológico y social de la enfermería.»

(1971, p. 125)

USO DE DATOS EMPÍRICOS

King (1971) habló de los conceptos como «ideas abstractas que dan significado a nuestras percepciones sensoriales, permiten generalizaciones y tienden a almacenarse en nuestra

memoria para ser recordadas y utilizadas en un momento posterior en situaciones nuevas y diferentes» (pp. 11-12). King (1984) definió la teoría como «un conjunto de conceptos que, una vez definidos, están interrelacionados y son observables en el mundo de la práctica enfermera» (p. 11). La teoría sirve para construir «conocimientos científicos para la enfermería» (King, 1995b, p. 24).

King (1975b) identificó dos métodos para desarrollar una teoría: 1) una teoría se puede desarrollar y luego demostrar mediante la investigación, y 2) la investigación proporciona datos a partir de los cuales se puede desarrollar una teoría. King (1978) creía que la generación de conocimientos para una profesión compleja, como la enfermería, requería estas dos estrategias.

King citó estudios de investigación en su libro de 1981, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. Dentro del sistema personal, King examinó los estudios relacionados con la percepción de Allport (1955), Kelley y Hammond (1964) e Ittleson y Cantril (1954), entre otros. Para su definición de espacio, King citó estudios de Sommer (1969), Ardrey (1966) y Minckley (1968). Para el concepto de tiempo, reconoció el trabajo de Orme (1969).

Dentro del sistema interpersonal, King citó los estudios de Watzlawick et al. (1967) y Krieger (1975). Analizó los estudios sobre la interacción de Whiting (1955), Orlando (1961) y Diers y Schmidt (1977). King destacó la teoría del conocimiento de Dewey y Bentley (1949), que abordaba la autoacción, la interacción y la transacción, en *Knowing and the Known*, así como el trabajo de Kuhn (1975) sobre las transacciones.

Al comentar la investigación existente en ese momento, en particular las investigaciones operativas relativas al cuidado del paciente, King (1975a) señaló que «la mayoría de los estudios se han centrado en los aspectos técnicos del cuidado del paciente y de los sistemas de atención sanitaria, más que en los aspectos del paciente directamente... Se han planteado pocos problemas que partan de lo que exige el estado del paciente o de lo que el paciente desea» (p. 9). King (1981) señaló que «se han descrito varias formulaciones teóricas sobre las relaciones interpersonales y el proceso de enfermería en situaciones de enfermería» (pp. 151-152) y citó a Peplau (1952), Orlando (1961), Paterson y Zderad (1976) y Yura y Walsh (1978) como demostración del proceso transaccional en su teoría del logro de objetivos.

King se planteó las siguientes preguntas para preparar su libro de 1971, *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior*, a medida que comenzaba a desarrollar su **sistema conceptual**:

- ¿Cuál es el objetivo de la enfermería?
- ¿Cuáles son las funciones de las enfermeras?
- ¿Cómo pueden las enfermeras seguir ampliando sus conocimientos para proporcionar unos cuidados de calidad? (pp. 30, 39).

La figura 15.1 muestra el sistema conceptual que proporcionó «un enfoque para estudiar los sistemas como un todo y

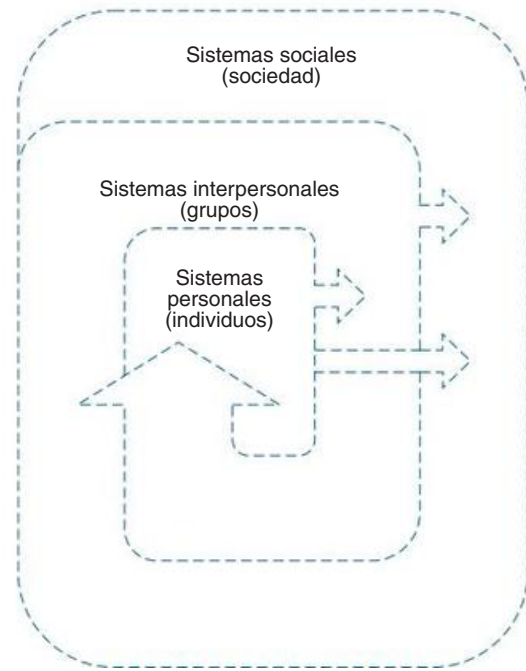


Fig. 15.1 Sistemas conceptuales dinámicos. (Tomado de King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 11]. New York: Delmar. Utilizado con autorización de I. King.)

no como partes aisladas de un sistema» (King, 1995a, p. 18) y fue «diseñado para explicar (los) conjuntos organizados dentro de los cuales se espera que las enfermeras ejerzan su función» (1995b, p. 23).

King (1981) utilizó un enfoque por sistemas en el desarrollo de sus sistemas conceptuales y su teoría del logro de objetivos. King señaló que «algunos científicos que han estudiado los sistemas han observado que la única forma de estudiar a los seres humanos que interactúan con el entorno es diseñar un marco conceptual de variables interdependientes y conceptos interrelacionados» (King, 1981, p. 10). King (1995a) creía que su «marco difiere de otros esquemas conceptuales en que no trata de fragmentar a los seres humanos y el entorno, sino de analizar las transacciones humanas en diferentes tipos de entornos» (p. 21).

«La conciencia de la compleja dinámica del comportamiento humano en las situaciones de enfermería impulsó la formulación [por parte de King] de un marco conceptual que representaba los sistemas personales, interpersonales y sociales como el dominio de la enfermería» (King, 1981, p. 130). Cada sistema identifica a los seres humanos como el elemento básico del sistema, por lo que «la unidad de análisis en este marco era el comportamiento humano en una variedad de entornos sociales» (King, 1995a, p. 18). King diseñó un ejemplo de sistema personal como paciente o como enfermera, y especificó los conceptos de imagen corporal, crecimiento

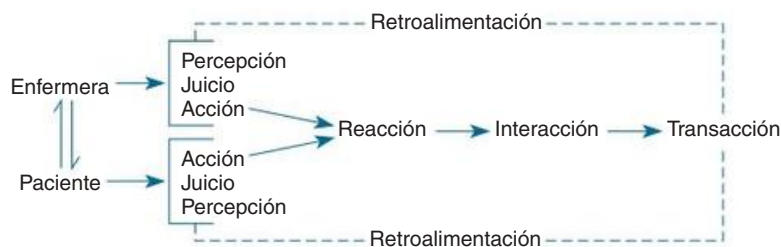


Fig. 15.2 Proceso de interacciones humanas que conducen a transacciones: modelo de transacción. (Tomado de King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 61]. New York: Delmar. Utilizado con autorización.)

y desarrollo, percepción, yo, espacio y tiempo para comprender a los seres humanos en cuanto personas. King especificó los conceptos de imagen corporal, crecimiento y desarrollo, percepción, yo, espacio y tiempo para comprender a los seres humanos como personas.

Los sistemas interpersonales se forman cuando dos o más individuos interactúan, formando díadas (dos personas) o tríadas (tres personas). La díada enfermera-paciente es un tipo de sistema interpersonal. Las familias, cuando actúan como grupos pequeños, pueden considerarse sistemas interpersonales. Para comprender el sistema interpersonal es preciso recordar los conceptos de comunicación, interacción, rol, estrés y transacción.

Un sistema de interacción más amplio es el de los grupos que componen la sociedad, denominado sistema social. Los sistemas religiosos, educativos y de salud son ejemplos de sistemas sociales. La influencia de una familia ampliada sobre el desarrollo y el crecimiento de un individuo es otro ejemplo de sistema social. Dentro de un sistema social, los conceptos de autoridad, toma de decisiones, organización, poder y estado orientan su comprensión. Así, los conceptos del marco son dimensiones organizativas y representan conocimientos que permiten comprender las interacciones entre los tres sistemas (King, 1995a).

En 1981, King desarrolló su **teoría del logro de objetivos** a partir de su sistema conceptual. La pregunta que llevó a King a desarrollar esta teoría fue: «¿Cuál es la naturaleza de la enfermería?» (King, 1995b, p. 25). Señaló que la respuesta era: «La forma en que las enfermeras, en su papel, actúan con y para los individuos, lo que diferencia a la enfermería de otras profesiones sanitarias» (King, 1995b, p. 26). Esta idea orientó el desarrollo de la teoría de logro de objetivos a través del siguiente proceso de desarrollo teórico:

- ¿Cuáles son las premisas filosóficas?
- ¿Están los conceptos claramente identificados y definidos?
- ¿Los conceptos están relacionados en los enunciados o modelos propuestos?
- ¿Genera la teoría preguntas que hay que responder o hipótesis que hay que contrastar mediante la investigación para generar conocimientos y afirmar la teoría?

«El proceso humano de las interacciones constituyó la base para el diseño de un modelo de transacciones que representaba el conocimiento teórico utilizado por las enfermeras para ayudar a los individuos y a los grupos a lograr sus objetivos» (King, 1995b, p. 27) (fig. 15.2).

King declaró lo siguiente:

«El establecimiento mutuo de objetivos [entre una enfermera y un cliente] se basa en: a) la evaluación por parte de la enfermera de las preocupaciones, los problemas y las alteraciones de la salud del cliente; b) las percepciones de la enfermera y el cliente sobre las interferencias, y c) el intercambio de información que contribuye ayudar al cliente a alcanzar los logros identificados. Además, las enfermeras interactúan con los miembros de la familia cuando los clientes no pueden participar verbalmente en el establecimiento de objetivos.»

(1995b, p. 28)

Para poner a prueba su teoría, King (1981) llevó a cabo una investigación, identificando que su estudio se diferenciaba de los anteriores en que «describía el proceso de interacción enfermera-paciente que lleva al logro de los objetivos» (p. 153) y determinaba si las enfermeras realizaban transacciones. King utilizó un método de observación no participativa para recoger la información sobre las interacciones enfermera-paciente en una unidad de asistencia de un hospital, cuyos enfermeras y pacientes se ofrecieron voluntarios a participar en el estudio. King formó a los estudiantes de grado en una técnica de observación no participativa para recoger los datos. Analizó múltiples interacciones y registró los datos de comportamiento verbal y no verbal. King además evaluó su medida de referencia de criterios de la herramienta de logro de objetivos, una medida de las capacidades funcionales y obtención de objetivos del proyecto de medida de resultados en enfermería de la University of Maryland. Comunicó que el instrumento tenía un índice de validez de contenido (IVC) de 0,88 y una fiabilidad de 0,99 para evaluar las capacidades funcionales de los pacientes en la toma de decisiones sobre el establecimiento de objetivos para que los pacientes midan el grado de logro de estos (King, 1988, 2003).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

«Los conceptos dan sentido a nuestras percepciones sensoriales y permiten hacer generalizaciones sobre personas, objetos y cosas» (King, 1995a, p. 16). A continuación se enumeran un número limitado de definiciones basadas en el marco de los sistemas; se pueden consultar definiciones adicionales en el libro de King de 1981, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*.

Salud

«La salud se define como las experiencias vitales dinámicas de un ser humano, que implican un ajuste continuo a los factores estresantes del entorno interno y externo mediante el uso óptimo de los propios recursos para alcanzar el máximo potencial de la vida diaria» (King, 1981, p. 5).

Enfermería

«La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción por el que la enfermera y el cliente

comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería» (King, 1981, p. 2).

Yo

«El yo es un conjunto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia que la persona tiene de su existencia individual, su concepción de quién y qué es. El yo de una persona es la suma total de todo lo que esa persona llama suyo. El yo incluye, entre otros aspectos, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es un entorno subjetivo completo de la persona. Se trata de un centro de experiencia y significado definido. El yo representa el mundo interior de una persona frente al mundo exterior, que comprende las demás personas y cosas. El yo del individuo se llama también individuo. Es aquello a lo que nos referimos cuando decimos "yo"» (Jersild, 1952, p. 10).

PRINCIPALES PREMISAS

La filosofía personal de King sobre el ser humano y la vida influyó en sus premisas relacionadas con el entorno, la salud, la enfermería, los individuos y las interacciones enfermera-paciente. El sistema conceptual de King y la teoría de logro de objetivos estaban «basados en la suposición general de que el centro de interés de la enfermería son los seres humanos que interactúan con su entorno, lo que determina el estado de salud de los individuos, que es la capacidad de cumplir los roles sociales» (King, 1981, p. 143).

Enfermería

«La enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas sanitarios de la sociedad» (King, 1971, p. 125). El objetivo de la enfermería «es ayudar a los individuos a mantener su salud para que puedan desempeñar sus funciones» (King, 1981, pp. 3-4). La enfermería es un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción. Las percepciones de la enfermera y el paciente influyen sobre este proceso interpersonal.

Persona

King detalló unas premisas específicas relacionadas con las personas en 1981 y en trabajos posteriores:

- Los individuos son seres espirituales (I. King, comunicación personal, 11 de julio de 1996).
- Los individuos tienen la capacidad, a través del lenguaje y otros símbolos, de registrar su historia y preservar su cultura (King, 1986).
- Los individuos son únicos y holísticos, tienen un valor intrínseco y son capaces de pensar y tomar decisiones racionales en la mayoría de las situaciones (King, 1995b).

- Los individuos difieren en sus necesidades, deseos y objetivos (King, 1995b).

Salud

La salud es un estado dinámico en el ciclo vital, mientras que la enfermedad interfiere en ese proceso. La salud «implica un ajuste continuo al estrés en el entorno interno y externo mediante el uso óptimo de los propios recursos para alcanzar el máximo potencial en la vida diaria» (King, 1981, p. 5).

Entorno

King (1981) creía que «la comprensión de las formas en que los seres humanos interactúan con su entorno para mantener la salud es esencial para las enfermeras» (p. 2). Los sistemas abiertos implican que las interacciones entre el sistema y el entorno son constantes. Además, «los ajustes a la vida y la salud están condicionados por la interacción del individuo con su entorno... Cada ser humano percibe el mundo como una persona total a la hora de hacer transacciones con los individuos y otros elementos del entorno» (King, 1981, p. 141).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La teoría de logro de objetivos de King (1981) se centra en el sistema interpersonal y en las interacciones que tienen lugar entre los individuos, concretamente en la relación enfermera-paciente. Dentro del proceso de enfermería, cada miembro de la diada percibe al otro, establece juicios y asume acciones. Estas actividades en conjunto culminan en una reacción. Se producen interacciones y, cuando existe congruencia en la percepción y se eliminan las alteraciones, se generarán transacciones. El sistema está abierto para permitir la

CUADRO 15.1 Propuestas recogidas en la teoría del logro de objetivos de King

1. Si la congruencia perceptiva (CP) está presente en las interacciones enfermera-cliente (I), se producirán transacciones (T).

$$CP(I) \xrightarrow{+} T$$

2. Si la enfermera y el cliente realizan transacciones (T), se alcanzarán los objetivos (OC).

$$T \xrightarrow{+} OC$$

3. Si se alcanzan los objetivos (OC), se conseguirá satisfacción (S).

$$OC \xrightarrow{+} S$$

4. Si se alcanzan los objetivos (OC), se producirán cuidados de enfermería eficaces (CEe).

$$OC \xrightarrow{+} CEe$$

5. Si las transacciones (T) se realizan en el seno de las interacciones enfermera-cliente (I), se potenciará el crecimiento y el desarrollo (CD).

$$(I)T \xrightarrow{+} CD$$

6. Si la enfermera y el cliente perciben las expectativas y el desarrollo del rol como congruentes (CNR), se producirán transacciones (T).

$$CNR \xrightarrow{+} T$$

7. Si la enfermera, el cliente o ambos experimentan un conflicto de roles (CR), se producirá estrés (ES) en las interacciones enfermera-cliente (I).

$$CR(I) \xrightarrow{+} ES$$

8. Si las enfermeras con conocimientos y habilidades especiales comunican (CM) la información adecuada a los clientes, se producirá el establecimiento mutuo de objetivos (T) y la consecución de estos (OC). (La determinación de objetivos mutuos es un paso en una transacción, y por eso se representa como transacción.)

$$CM \xrightarrow{+} T \xrightarrow{+} OC$$

Tomado de Austin, J. K., & Champion, V. L. [1983]. King's theory of nursing: Explication and evaluation. En P. L. Chinn (Ed.), *Advances in nursing theory development* (p. 55). Rockville, MD: Aspen.

retroalimentación, dado que cada fase de la actividad puede influir sobre la percepción.

King (1981) desarrolló ocho propuestas en su teoría del logro de objetivos, que describen las relaciones entre los conceptos detallados en el cuadro 15.1. Después de cada propuesta se incluye un diagrama. Cuando se analizaron las propuestas, 23 relaciones fueron inespecíficas, 22 relaciones fueron positivas y ninguna relación fue negativa (Austin y Champion, 1983) (fig. 15.3). King (1981, p. 156) obtuvo siete hipótesis a partir de la teoría del logro de objetivos, que se recogen en el cuadro 15.2.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

En su artículo de 1968, King expuso su primer marco conceptual de referencia con cuatro conceptos centrados en el ser humano:

1. Salud.
2. Relaciones interpersonales.
3. Percepciones.
4. Sistemas sociales.

Aunque el marco original de King era abstracto y trataba «solo unos pocos elementos de situaciones concretas» (King, 1981, p. 128), King mantenía que sus cuatro «ideas universales (sistemas sociales, salud, percepción y relaciones interpersonales) eran relevantes en todas las situaciones de enfermería» (King, 1981, p. 128). King (1981) siguió desarrollando su sistema conceptual y propuso su teoría del logro de objetivos para describir «la naturaleza de las interacciones enfermera-

cliente que conducen al logro de los objetivos» (p. 142) de la siguiente manera:

«Las enfermeras interactúan deliberadamente con los clientes para establecer los objetivos mutuos y para explorar y acordar los medios para alcanzarlos. El establecimiento mutuo de objetivos se basa en la evaluación por parte de las enfermeras de las preocupaciones, los problemas y las alteraciones en la salud de los clientes, en su percepción de los problemas y en la información compartida para poder obtener los logros.»

(1981, pp. 142-143)

Entre 1971 y 1981 se produjo una progresión lógica del desarrollo en el sistema conceptual, y King planteó su teoría del logro de objetivos a partir de su propio sistema conceptual. La teoría del logro de objetivos «organiza los elementos del proceso de las interacciones enfermera-cliente que dan lugar a resultados, es decir, a objetivos alcanzados» (King, 1981, p. 143).

King había afirmado inicialmente lo siguiente:

«Si las enfermeras tienen que asumir los roles y las responsabilidades que se esperan de ellas... el descubrimiento de conocimientos debe difundirse de forma que se puedan utilizar en la práctica... Los datos descriptivos recogidos sistemáticamente proporcionan pistas para generar hipótesis de investigación sobre el comportamiento humano en situaciones de enfermería.»

(1971, p. 128)

	CP	T	OC	S	CE _e	CD	CNR	CR	ES	CM
CP		+	+	+	+	+	?	?	?	?
T			+	+	+	+	+	?	?	?
OC				+	+	+	+	?	?	+
S					?	?	+	?	?	+
CE _e						?	+	?	?	+
CD							+	?	?	+
CNR								?	?	?
CR									+	?
ES										?
CM										

Fig. 15.3 Tabla de relaciones. *CD*, crecimiento y desarrollo; *CE_e*, cuidado de enfermería eficaz; *CM*, comunicar; *CNR*, congruencia de roles; *CP*, congruencia perceptiva; *CR*, conflicto de roles; *ES*, estrés; *OC*, objetivos conseguidos; *S*, satisfacciones; *T*, transacciones. (Tomado de Austin, J. K., & Champion, V. L. [1983]. King's theory for nursing: Explication and evaluation. En P. L. Chinn [Ed.], *Advances in theory development* [p. 58]. Rockville, MD: Aspen.)

CUADRO 15.2 Hipótesis de la teoría del logro de objetivos

1. La precisión perceptiva en las interacciones enfermera-paciente aumenta el establecimiento de objetivos mutuos.
2. La comunicación aumenta el establecimiento de objetivos mutuos entre las enfermeras y los pacientes y conduce a la satisfacción.
3. La satisfacción de las enfermeras y los pacientes aumenta el logro de objetivos.
4. El logro de objetivos reduce el estrés y la ansiedad en las situaciones de enfermería.
5. El logro de objetivos aumenta el aprendizaje del paciente y su capacidad para afrontar las situaciones de enfermería.
6. El conflicto de roles experimentado por los pacientes, las enfermeras o ambos disminuye las transacciones en las interacciones enfermera-paciente.
7. La congruencia en las expectativas del rol y su rendimiento aumenta las transacciones en las interacciones enfermera-paciente.

Tomado de King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley.

En 1981, King habló sobre las escasas dicotomías entre salud y enfermedad, refiriéndose a la enfermedad como una interferencia en el ciclo vital. Mediante esta reformulación, King obtuvo una relación más abierta del sistema entre la persona y el entorno. King también revisó su terminología, utilizando **ajuste** en lugar de *adaptación*, y **persona, ser humano e individuo** en lugar de *hombre*.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La primera publicación de King (1971) condujo al desarrollo de planes de estudio de enfermería y a su aplicación en la práctica en la Ohio State University y en otras universidades. Los profesionales de la mayoría de las especialidades de enfermería han utilizado los conceptos de la teoría del logro de objetivos de King (1981) en la práctica enfermera. Es evidente la relación con la práctica, dado que las enfermeras trabajan principalmente mediante interacciones con individuos y grupos de su entorno. King (1984) propuso que «las enfermeras, que conocen los conceptos de esta teoría del logro de objetivos, son capaces de percibir lo que les ocurre a los pacientes y

a los familiares y son capaces de sugerir estrategias para afrontar las situaciones» (p. 12).

King desarrolló un sistema de documentación, el registro de enfermería orientado por objetivos (GONR, *goal-oriented nursing record*), como complemento de su teoría del logro de objetivos, para registrar los objetivos y los resultados. El GONR fue un método de recoger datos, identificar problemas, y aplicar y evaluar la asistencia que ha demostrado ser eficaz con pacientes. Las enfermeras pueden aplicar el abordaje GONR para demostrar la eficacia de la asistencia enfermera. «Los principales elementos de este sistema de registro son: a) base de datos; b) diagnóstico de enfermería; c) lista de objetivos; d) órdenes de enfermería; e) diagramas de flujo; f) notas de evolución, y g) resumen de alta» (King, 1995b, pp. 30-31).

Los profesionales de la salud han puesto en práctica el sistema conceptual y la teoría del logro de objetivos de King (1981) en diversos ámbitos de la práctica a nivel nacional e internacional (King, 2006, 2007). En esta sección se describen algunos de estos ajustes y se alude a otros adicionales. El sistema y el marco conceptual de King han sido utilizados como apoyo por enfermeras y clientes que intervienen en prácticas de asistencia telemática y atención virtual (Carroll, 2018, 2020; Clouse et al., 2017; Frazier-Warmack, 2017; Fronczek, 2019; Fronczek y Cowen, 2019; Fronczek y Rouhana, 2018). La mejora de la documentación en las historias clínicas electrónicas también es una aplicación práctica que ha utilizado la obra de King (Stalians, 2018).

También se encuentran aplicaciones de gestión y cumplimiento de la medicación (Carroll, 2019; Chaaban et al., 2019; Panozzo, 2018). Leon-Demare et al. (2015) utilizaron los conceptos de King para estudiar las interacciones entre los pacientes y los profesionales de enfermería en un estudio cualitativo (Leon-Demare et al., 2015). Curiosamente, se ha descrito el uso del proceso de transacción de King para mejorar la comunicación y la satisfacción en la relación farmacéutico-cliente (Wang et al., 2019).

El marco y los conceptos teóricos de King se han aplicado al cuidado de clientes con enfermedades crónicas como diabetes (Araújo et al., 2018; Gao et al., 2016; Karota et al., 2020), insuficiencia cardíaca (Zhang y Li, 2015) y obesidad (Nho y Hwang Eun, 2019; Sapp, 2016).

Batson y Yoder (2012) utilizaron el marco de los sistemas conceptuales y la teoría del logro de objetivos para llevar a cabo un análisis conceptual de la orientación directiva dentro de las organizaciones sanitarias con el fin de determinar qué habilidades y atributos eran necesarios para establecer relaciones efectivas de orientación directiva con el personal de enfermería. Ketcham (2013) y Sullivan (2013) aplicaron el trabajo de King a la enfermería de urgencias. Chaves et al. (2007) aclararon el uso del sistema social en Brasil. Abraham (2009) exploró los programas docentes planificados en salud ambiental. D'Souza et al. (2011) examinaron «los determinantes de la salud reproductora y la calidad de vida relacionada en mujeres indias de comunidades mineras» (p. 1963).

Khowaja (2006) describió el uso del sistema conceptual de King y la teoría del logro de objetivos en el desarrollo de un protocolo asistencial. Lane-Tillerson (2007) destacó que «la idea del avance continuo es fundamental en el marco conceptual de Imogene King (1981)» (p. 141), al imaginar la práctica de la enfermería en 2050. Killeen y King (2007) proporcionaron más apoyo y abordaron el uso del sistema conceptual de King con la informática de enfermería y los sistemas de clasificación de enfermería para las comunicaciones globales. Clarke et al. (2009) describieron la influencia de King en la ciencia de la enfermería. Bond et al. (2011) analizaron el uso de la teoría del logro de objetivos de King a lo largo de 5 años de publicaciones. Messmer y Cooper (2011) describieron la aplicación de la teoría del logro de objetivos de King para entender un programa de prevención de caídas pediátricas y de riesgo de lesiones por caídas.

Formación

El profesorado de enfermería de varias universidades utilizó los conceptos de King para diseñar los planes de estudios de enfermería, como Daubenmire y King (1973) en la Ohio State University, Gold et al. (2000) en la Loyola University de Chicago y Gulitz y King (1988) en la University of South Florida. En 1980, Brown y Lee comunicaron que los conceptos de King eran útiles para desarrollar un marco de trabajo que podía «utilizarse en la formación y en la práctica de la enfermería, así como para generar hipótesis para la investigación... Proporcionan un medio sistemático de ver la profesión de enfermería, organizar el corpus de conocimientos de enfermería y explicar la enfermería como disciplina» (p. 468). Otros autores describen el uso del sistema conceptual de King para mejorar las estrategias educativas, de simulación y de tutoría en los programas de enfermería y en los entornos clínicos (Carmouche, 2017; Fronczek et al., 2017; Gerdes, 2018; Jackson, 2018; McQueen et al., 2017; Smith, 2017; Yancey, 2017, 2018). El sistema conceptual y la teoría de King tienen aplicaciones de enfermería a nivel internacional descritas por Rooke (1995b) para la formación en Suecia, Bello (2000) para la investigación con estudiantes universitarios portugueses, Costa et al. (2007) para un modelo de atención a familias en riesgo, y Bist y Tomar (2015) para la evaluación de la «eficacia de las directrices de autoformación sobre la trata de niños en... escuelas rurales seleccionadas de Bistrakh, Greater Noida» (p. 34).

Investigación

Muchos investigadores han utilizado el trabajo de King como base teórica. Nho y Hwang Eun (2019) utilizaron la teoría del logro de objetivos de King para proporcionar apoyo teórico al desarrollo de un programa de modificación del estilo de vida centrado en las interacciones y las transacciones dirigido a mujeres de mediana edad con sobrepeso en Corea. En Bangalore, los investigadores estudiaron la eficacia de la risoterapia frente a la meditación para hacer frente al estrés y la ansiedad en estudiantes de enfermería de un entorno universitario

utilizando el marco de King como modelo conceptual (Devi y Mangaiyarkarasi, 2019). Heo y Oh (2019) utilizaron la teoría de King para promover la participación de los padres en las actividades clínicas en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Corea del Sur. Las percepciones del trabajo en equipo por parte de enfermeras y auxiliares de enfermería se estudiaron a través de la perspectiva de King, y el respeto, el liderazgo y las comunicaciones entre la enfermera y la auxiliar de enfermería difirieron significativamente (Enzinger, 2017).

Langford (2008) incorporó el concepto de transacciones en la investigación con «las enfermeras profesionales y la pérdida de peso en adolescentes obesos». Bezerra et al. (2010) utilizaron los conceptos personal e interpersonal para la investigación sobre pacientes con hipertensión. Joseph et al. (2011) utilizaron la fenomenología interpretativa con un protocolo de entrevista para analizar la adopción y el movimiento hacia una cultura de atención integral (WPC, *whole-person care*). Leon-Demare et al. (2015) emplearon la teoría de logro de objetivos de King para describir las interacciones entre las enfermeras y los pacientes en atención primaria.

Otros han utilizado el sistema conceptual de King (1981) para la investigación cuantitativa o cualitativa:

- Khowaja (2006) utilizó el sistema conceptual de King y la teoría del logro de objetivos para desarrollar un protocolo asistencial.
- Greeff et al. (2009) exploraron cualitativamente «la prestación de servicios en centros de salud por los estudiantes a través de las experiencias de las partes involucradas» (p. 33).
- George et al. (2011) analizaron la visión de la enfermería que tienen los consumidores, los cirujanos y las enfermeras.
- Draaistra et al. (2012) exploraron cualitativamente «las percepciones de los pacientes sobre su papel en el establecimiento de objetivos en un programa regional de rehabilitación de lesiones medulares» (p. 22).
- Shanta y Connolly (2013) relacionaron la inteligencia emocional y la práctica enfermera utilizando el modelo de sistemas conceptuales de King.

Los investigadores han desarrollado muchas teorías de nivel medio utilizando el sistema conceptual de King (King, 1978; Sietloff y Frey, 2007). Estas teorías incluyen la teoría de Frey (1995) sobre las familias, los niños y las enfermedades crónicas, la teoría de Killeen (2007) sobre la satisfacción de los pacientes con los cuidados profesionales de enfermería, la teoría de Sietloff sobre el empoderamiento del trabajo en equipo o en grupo dentro de las organizaciones (2010; Sietloff y Bularzik, 2011; Sietloff y Dunn, 2008), la teoría de Wicks sobre la salud familiar (Wicks et al., 2007), la teoría de Doornbos (2007) sobre la salud familiar y el modelo de toma de decisiones mediante voluntades anticipadas de Goodwin et al. (2002). Fairfax (2007) ideó una teoría sobre la calidad de vida de los supervivientes a accidentes cerebrovasculares. Nwinee (2011) utilizó el trabajo de King para desarrollar el modelo de

gestión de autocuidados de enfermería socioconductual de Nwinee.

Allgood (2010) analizó ejemplos de investigaciones sobre la asistencia sanitaria familiar basadas en la obra de King. Bond et al. (2011) realizaron un «análisis descriptivo univariante de artículos de investigación de 5 años» (p. 404). Cáceres (2015) exploró el concepto de estado de salud funcional. Huan y Cao (2012) aplicaron la teoría del logro de objetivos de King a la asistencia en China.

EVOLUCIÓN

A lo largo de los años, King demostró constantemente su creencia en la necesidad de seguir demostrando la teoría del logro de objetivos. «Cualquier profesión que tenga como misión principal la prestación de servicios sociales requiere una investigación continua para descubrir nuevos conocimientos que puedan aplicarse para mejorar la práctica» (King, 1971, p. 112).

En 1995, Fawcett y Whall identificaron cinco áreas principales en las que sería útil un mayor desarrollo del trabajo de King. A continuación se resumen algunas investigaciones recientes en este ámbito:

1. El concepto de entorno se beneficiaría de una definición y explicación adicionales (este trabajo está avanzando como resultado de la conferencia del KING de 2015).
2. Los puntos de vista de King sobre la enfermedad, la salud y el bienestar se beneficiarían de una explicación y un comentario adicionales (Cáceres, 2015).
3. Deberían continuar los vínculos entre el sistema conceptual de King (1981) y otras teorías de nivel medio existentes, de manera que se garantice la congruencia entre el sistema conceptual y la teoría de nivel medio específica.
4. Se deben seguir realizando pruebas empíricas sobre la teoría del logro de objetivos (King, 1981) y otras teorías de nivel medio desarrolladas dentro del sistema conceptual de King (Fawcett y Whall, 1995) (p. ej., Sietloff y Bularzik, 2011; Sietloff y Dunn, 2008).
5. Las teorías de nivel medio que son implícitas en lugar de explícitas, como las de Rooke (1995b), se beneficiarían del desarrollo en teorías formales (p. ej., Nwinee, 2011).

En 2007, Sietloff y Frey comunicaron el estado del desarrollo de la teoría de nivel medio a partir del sistema conceptual de King. Fawcett (2007) volvió a examinar el desarrollo de las teorías de nivel medio desde el sistema conceptual de King, y formuló unas recomendaciones. Se identifican estudios recientes en relación con cada una de ellas:

1. La credibilidad del sistema conceptual de King podría aumentar aún más a través de «un metaanálisis u otra revisión integrada de los resultados obtenidos a partir de las pruebas empíricas de... las propuestas de la teoría de nivel medio» (Fawcett, 2007, p. 301).
2. «Se necesitan investigaciones metateóricas adicionales para especificar las relaciones entre los conceptos dentro

de los sistemas personal, interpersonal y social» (Fawcett, 2007, p. 301).

3. Es necesario seguir demostrando empíricamente todas las teorías de nivel medio.
4. Es preciso desarrollar instrumentos de investigación adicionales para medir los conceptos de la teoría de nivel medio. Después habrá que evaluar la utilidad de esos instrumentos en cuanto a su utilidad para la práctica (Fawcett, 2007).

Desde la edición previa de este texto, los estudiantes de grado siguen utilizando el sistema conceptual y la teoría del logro de objetivos de King para sus investigaciones (Ashgar, 2019; Layton, 2019; Loos, 2019; Moore, 2019; Platt, 2019; Taylor, 2019; Thakral, 2015).

CRÍTICA

Claridad

Uno de los principales puntos fuertes del sistema conceptual y la teoría del logro de objetivos de King es la facilidad con la que las enfermeras pueden entenderlos. Los conceptos están definidos e ilustrados de forma concreta.

Sencillez

Las definiciones de King son claras y derivan conceptualmente de la literatura de investigación. La teoría de logro de objetivos enunciada por King (1978) introduce 10 conceptos principales, fáciles de comprender y procedentes de la bibliografía.

Generalidad

La teoría del logro de objetivos de King (1981) ha sido criticada por su aplicabilidad limitada en áreas de la enfermería en las que los pacientes no pueden interactuar de forma competente con la enfermera. King mantuvo un uso amplio de la teoría en la mayor parte de las situaciones de la enfermería. En apoyo de la perspectiva de King, los profesionales sanitarios han documentado ejemplos de la aplicación de la teoría del logro de objetivos en pacientes con diabetes (Maloni, 2007) y pacientes quirúrgicos (Bruns et al., 2009). Wang y Yang (2006) aplicaron la teoría de King a la atención de pacientes con psicosis. Kameoka et al. (2007) pusieron a prueba una proposición de la teoría y exploraron «las características de las enfermeras cuyo grado de logro de objetivos y de satisfacción en las interacciones con los pacientes era alto» (p. 261).

D'Alessandro (2012) exploró el uso de una medicación en dosis bajas para controlar las conductas disruptivas en niños con trastornos del espectro autista. Houston (2015) evaluó el uso de entornos de estimulación multisensorial para reducir los comportamientos negativos en pacientes con demencia. Thakral (2015) estudió la sensación y la persistencia del dolor en los ancianos.

Accesibilidad

King recopiló datos empíricos sobre la interacción enfermera-paciente que condujo al logro de objetivos. Un estudio descriptivo permitió identificar las características de las transacciones establecidas por las enfermeras con los pacientes. King (1981) creía que si se enseñaba a los estudiantes de enfermería el proceso transaccional en la teoría del logro de objetivos y se utilizaba en la práctica enfermera, se podría medir el logro de objetivos y demostrar la eficacia de los cuidados de enfermería.

La teoría del logro de objetivos guio la perspectiva de las enfermeras durante el parto de Karlin (2011), basada en la teoría del logro de objetivos de King. Draaistra et al. (2012) utilizaron la teoría de King para examinar *las percepciones de los pacientes sobre su papel en el establecimiento de objetivos dentro de un programa regional de rehabilitación de lesiones medulares*. La investigación de Cho (2013) se centró en los efectos de los contratos sanitarios en los resultados de los pacientes sometidos a diálisis renal en Corea.

Importancia

La teoría del logro de objetivos de King (1981) se centró en todos los aspectos del proceso de enfermería: valoración, planificación, establecimiento de objetivos, implementación y evaluación. El conjunto de la literatura establece claramente que la obra de King es importante para la generación de conocimientos en la disciplina de la enfermería.

En EE. UU. y Canadá, entre otros muchos países del mundo, los profesionales sanitarios siguen utilizando el sistema conceptual y la teoría del logro de objetivos de King. Se han publicado trabajos basados en la teoría en Asia (Chugh, 2005; Li et al., 2010), Australia (Khowaja, 2006), Brasil (Marziale y de Jesus, 2008), China (Huan y Cao, 2012), India (Abraham, 2009; George et al., 2011), Japón (Kameoka et al., 2007), Corea (Cho, 2013), Portugal (Chaves et al., 2007; Costa et al., 2007), Eslovenia (Harish y Pajnikihar, 2009), Suecia (Rooke, 1995a, 1995b) y África Occidental (Nwinee, 2011).

RESUMEN

Imogene King contribuyó al avance del conocimiento enfermero mediante el desarrollo de su sistema conceptual y la teoría del logro de objetivos. Centrándose en el logro de objetivos o resultados en la relación enfermera-paciente, King elaboró un sistema

conceptual y una teoría, cuya utilidad para las enfermeras está claramente demostrada. Las enfermeras que trabajan con pacientes de distintas regiones del mundo siguen utilizando el trabajo de King para mejorar la calidad de la asistencia.

CASO CLÍNICO

Jay Warner, enfermero de una organización comunitaria, realiza el seguimiento de pacientes que se encuentran en la fase de recuperación del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en zonas rurales. La nueva paciente del enfermero Warner es Patricia O'Hara, que ha sido dada de alta recientemente de un centro de tratamiento donde ha estado ingresada. La Sra. O'Hara ha estado ingresada en numerosas ocasiones para recibir tratamiento en los últimos 2 años. La Sra. O'Hara vive en una zona rural de Nueva York, donde no es fácil acceder a los cuidados de seguimiento debido a la necesidad de desplazarse y a la falta de profesionales. La Sra. O'Hara falta repetidamente a las citas. En el plan de alta, la Sra. O'Hara se vinculó con el enfermero Warner, que puede realizar un seguimiento remoto mediante visitas por videoconferencia y tecnología de telemedicina. La Sra. O'Hara consintió en recibir atención a través de la telemedicina, afirmando que tiene un acceso fiable a Internet.

Durante su primer encuentro, el enfermero Warner le pregunta a la Sra. O'Hara por sus primeros días desde que recibió el alta del centro y por su percepción acerca de la situación actual. La Sra. O'Hara expresó su preocupación por las altas anteriores y los sentimientos de estigmatización que experimentado con la mayoría de los profesionales

sanitarios. Al enfermero Warner le daba la sensación de que preveían que la Sra. O'Hara tendría una recaída, y así fue. La Sra. O'Hara se siente avergonzada de sí misma cuando experimenta una recaída. El enfermero Warner escucha sin juzgar, pensando en sus propias nociones preconcebidas y prejuicios hacia la historia de la Sra. O'Hara, reconociendo sus propias percepciones.

El enfermero Warner le pregunta a la Sra. O'Hara sobre los objetivos para este tiempo de recuperación. La Sra. O'Hara no sabe qué esperar esta vez, pero habló de dos objetivos. El primer objetivo era establecer y conservar una relación con un profesional sanitario. La Sra. O'Hara cree que el uso de la videoconferencia y la telemedicina la ayudará a no faltar a las citas; no necesita desplazarse para ir y volver de las citas. El enfermero Warner y la Sra. O'Hara se ponen de acuerdo en los horarios de las citas de seguimiento, y comentan las opciones de transporte en caso de que fuera necesario que asistiera a las citas de seguimiento en persona. El segundo objetivo de la Sra. O'Hara es aprender a gestionar los sentimientos cuando se enfrenta a la estigmatización por parte de su familia. El enfermero Warner proporcionará estrategias en las citas de seguimiento, insistiendo en que la Sra. O'Hara puede llamarle en cualquier momento si surge una necesidad.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Analice una interacción que haya tenido recientemente con un paciente. ¿Se logró una transacción? Si la respuesta es afirmativa, identifique los motivos del éxito; si es negativa, reconsidere qué podría haber hecho de forma distinta.
2. ¿Fomenta la filosofía de su sistema sanitario su implicación con los pacientes a los que cuida? Si la respuesta es afirmativa, ¿se han establecido objetivos mutuos?
3. Utilice la teoría del logro de objetivos de King para ilustrar cómo y por qué implica a los pacientes en su atención.
4. Analice la acción, la reacción y la interacción en el proceso de fijación de objetivos en su propia práctica.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

Publicaciones

- Gunther, M. (2014). King's conceptual system and theory of goal attainment in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 160–180). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- King, I. M. (1996). The theory of goal attainment in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 61–66.
- King, I. M. (1997). King's theory of goal attainment in practice. *Nursing Science Quarterly*, 70(4), 180–185.
- King, I. M. (1999). A theory of goal attainment: Philosophical and ethical implications. *Nursing Science Quarterly*, 12(4), 292–296.

Páginas web

- Imogene King en <http://nursing-theory.org/nursing-theorists/Imogene-King.php>
- La teoría del logro de objetivos de Imogene King en http://currentnursing.com/nursing_theory/goal_attainment_theory.html
- El sistema conceptual de King en <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/kings-conceptual-system/>
- King International Nursing Group en <http://king.clubexpress.com>

Vídeos

- *Imogene King Nursing Theorist: Portraits of Excellence*. Fitne, Inc., Athens, OH.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, L. (2009). Planned teaching programme on environmental health. *Nursing Journal of India*, 100(6), 2.
- Alligood, M. R. (2010). Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 23(2), 99–104.
- Allport, F. H. (1955). *Theories of perception and the concept of structure*. New York: Wiley.
- Ardrey, R. (1966). The territorial imperative.
- Araújo, E. S. S., Silva, L. de F. da, Moreira, T. M. M., Almeida, P. C. de, Freitas, M. C. de, & Guedes, M. V. C. (2018). Nursing care to patients with diabetes based on King's Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1092–1098.
- Ashgar, R. I. (2019). *Personal satisfaction, cardiovascular disease risk, and health promoting behavior among Arab American middle-aged women* (Publication No. 13428598) [Doctoral dissertation, Wayne State University]. ProQuest Dissertation and Theses Global.
- Austin, J. K., & Champion, V. L. (1983). King's theory for nursing: Explication and evaluation. In P. Chinn (Ed.), *Advances in nursing theory development* (pp. 49–61). Rockville, MD: Aspen.
- Batson, V. D., & Yoder, L. H. (2012). Managerial coaching: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1658–1669.
- Bello, I. T. R. (2000). Imogene King's theory as the foundation for the set of a teaching-learning process with undergraduation [sic] students [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 9(2 Part 2), 646–657.
- Bezerra, S. T. F., Silva, L. D. F. D., Guedes, M. V. C., & Freitas, M. C. D. (2010). Perceptions of people about hypertension and concepts of Imogene King. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 499–507.
- Bist, L. S., & Tomar, N. (2015). Effectiveness of self-instructional guidelines on child trafficking in terms of knowledge and attitude of students studying in selected rural school of Birsakh, Greater Noida. *International Journal of Nursing Education*, 7(2), 34–37.
- Bond, A. E., Eshah, N. F., Bani-Khaled, M., Hamad, A. O., Habashneh, S., Kataua, H., et al. (2011). Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 404–409.
- Brown, S. T., & Lee, B. T. (1980). Imogene King's conceptual framework: A proposed model for continuing nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 5(5), 467–473.
- Caceres, B. A. (2015). King's theory of goal attainment: Exploring functional status. *Nursing Science Quarterly*, 28(2), 151–155.
- Carmouche, M. F. (2017). *Emergency obstetric simulation drills as a strategy to execute a multidisciplinary protocol with emphasis on safety culture evaluation, team synergy and team competency: A DNP project* (Publication No. 10282112) [Dissertation, Southeastern Louisiana University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Carroll, K. (2018). Transforming the art of nursing: Telehealth technologies. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 230–232.
- Carroll, K. (2019). Examining medication stewardship: A nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 112.
- Carroll, K. (2020). Living the art and science of nursing: Flow and transitioning. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 27–28.
- Chaaban, T., Ahouah, M., Lombail, P., Morvillers, J.-M., Rothan-Tondeur, M., & Carroll, K. (2019). Nursing role for medication stewardship within long-term care facilities. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 113–115.
- Chaves, E. S., Araujo, T. L., & Lopes, M. V. O. (2007). Clarity in the use of the social systems from the theory of goal attainment [Portuguese]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 698–704.
- Cho, M. (2013). Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. *Nursing & Health Sciences*, 15(1), 86–93.
- Clarke, P., Killeen, M., Messmer, P., & Sieloff, C. (2009). Imogene M. King's scholars reflect on her wisdom and influence on nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 128–133.
- Clouse, K. M., Williams, K. A., & Harmon, J. M. (2017). Improving the no-show rate of new patients in outpatient psychiatric practice: An advance practice nurse-initiated telephone engagement protocol quality improvement project. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(2), 127–134.
- Costa, M., Santos, M., Martinho, N., Barroso, M., & Vieira, N. (2007). Family at-risk situation: Model of care emphasizing health education [Portuguese]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 45–51.
- D'Alessandro, T. M. M. (2012). *Low-dose Abilify and the treatment of disruptive behaviors in children with autism spectrum disorders* (Publication No. 3569569) [Doctoral dissertation, University of Florida]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Devi, L. M., & Mangaiyarkkarasi, K. (2019). A comparative study to assess the effectiveness of laughter therapy versus meditation on stress and anxiety among nursing students at Selected College, Bangalore. *International Journal of Nursing Education*, 11(4), 70–74.
- Dewey, J., & Bentley, A. (1949). *Knowing and the known*. Boston: Beacon Press.
- Diers, D., & Schmidt, R. (1977). Interaction analysis in nursing research. In P. Verhonick (Ed.), *Nursing research II* (pp. 77–132). Boston: Little, Brown.
- Doornbos, M. M. (2007). King's conceptual system and family health theory in the families of adults with persistent mental illness—An evolving conceptualization. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 31–49). New York: Springer.
- Daubenmire, J., & King, I. (1973). Nursing process models: A systems approach. *Nursing Outlook*, 13(19), 50–51.
- Draaistra, H., Singh, M. O., Ireland, S., & Harper, T. (2012). Patients' perceptions of their roles in goal setting in a spinal cord injury regional rehabilitation program. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 34(3), 22–30.
- D'Souza, M. S., Somayaji, G., & Subrahmanya Nairy, K. (2011). Determinants of reproductive health and related quality of life among Indian women in mining communities. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1963–1975.

- Enzinger, I. H. (2017). *Teamwork perceptions of nurses and nursing assistants in a community hospital* (Publication No. 10681660) [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Fairfax, J. (2007). Development of a middle range theory of quality of life of stroke survivors derived from King's conceptual system. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 124–137). New York: Springer.
- Fawcett, J. (2007). Development of middle range theories based on King's conceptual system: A commentary on progress and future directions. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 297–307). New York: Springer.
- Fawcett, J. M., & Whall, A. L. (1995). State of the science and future directions. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 327–334). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Frazier-Warmack, V. (2017). *Impact of telephone call on patient satisfaction in adult oncology patients* (Publication No. 10259560) [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Frey, M. A. (1995). Toward a theory of families, children, and chronic illness. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 103–125). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Frey, M. A., & Sieloff, C. L. (1995). *Advancing King's framework and theory for nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fronczek, A. E. (2019). Nursing theory in virtual care. *Nursing Science Quarterly*, 32(1), 35–38.
- Fronczek, A., & Cowen, N. (2019). Leadership opportunities for nurses in telehealth: A King perspective. *Nursing Science Quarterly*, 32(4), 327–330.
- Fronczek, A. E., & Rouhana, N. A. (2018). Attaining mutual goals in telehealth encounters: Utilizing King's framework for telenursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 233–236.
- Fronczek, A. E., Rouhana, N. A., & Kitchin, J. M. (2017). Enhancing telehealth education in nursing: Applying King's conceptual framework and theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 209–213.
- Gao, L., Jing, T., Rong, X., & Qing, G. (2016). The application of interactive standard care in the management of insulin pumps outside the hospital for gestational diabetes patients. *Chinese Nursing Research*, 30(12C), 4514–4518.
- George, A., Roach, E. J., & Andrade, M. (2011). Nursing education: Opportunities and challenges. *Nursing Journal of India*, 102(6), 136–139.
- Gerdes, M. (2018). Teaching-learning strategy for promoting student success: Asynchronous post-exam reflections. *Nursing Science Quarterly*, 31(4), 335–339.
- Gold, C., Haas, S., & King, I. (2000). Conceptual frameworks: Putting the nursing focus into core curricula. *Nurse Educator*, 25(2), 95–98.
- Goodwin, Z., Kiehl, E. M., & Peterson, J. Z. (2002). King's theory as foundation for an advance directive decision-making model. *Nursing Science Quarterly*, 15(3), 237–241.
- Greeff, M., Walt, E., Strydom, C., Wessels, C., & Schutte, P. J. (2009). Student's community health service delivery: Experiences of involved parties. *Curationis*, 32(1), 33–44.
- Gulitz, E., & King, I. (1988). King's general system model: Application to curriculum development. *Nursing Science Quarterly*, 3(2), 128–132.
- Harih, M., & Pajnkihar, M. (2009). Application of Imogene M. King's nursing model in the treatment of elderly diabetes patients. *Slovenian Nursing Review*, 43(3), 201–208.
- Houser, B. P., & Player, K. N. (2007) Imogene M. King In Pivotal moments in nursing 2 (pp. 106–131). Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Heo, Y. J., & Oh, W.-O. (2019). The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19–27.
- Houston, M. (2015). *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (Publication No. 1570838) [Master's thesis: The University of Vermont and State Agricultural College.
- Huan, Y., & Cao, M. (2012). King's theory of goal attainment and its application to care [Chinese]. *Chinese Nursing Research*, 26(10C), 2785–2787.
- Itleson, W., & Cantril, H. (1954). *Perception: A transactional approach*. Garden City, NY: Doubleday.
- Jackson, S. (2018). *ProQuest Dissertations & Theses Global*: Walden University.
- Jersild, A. T. (1952). *In search of self*. New York: Teachers College Press.
- Joseph, M., Laughon, D., & Bogue, R. J. (2011). An examination of the sustainable adoption of whole-person care (WPC). *Journal of Nursing Management*, 19(8), 989–997.
- Kameoka, T., Funashima, N., & Sugimori, M. (2007). If goals are attained, satisfaction will occur in nurse-patient interaction: An empirical test. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 261–272). New York: Springer.
- Karlin, J. L. (2011). *Masters thesis: The intrapartum nurse's perspective*: University of Wisconsin.
- Karota, E., Marlindawani Purba, J., Simamora, R. H., Lufthiani, & Siregar, C. T. (2020). Use of King's theory to improve diabetics self-care behavior. *Enfermeria Clinica*, 30, 95–99.
- Kelley, K. J., & Hammond, K. R. (1964). An approach to the study of clinical inference. *Nursing Research*, 13(4), 314–322.
- Khowaja, D. (2006). Utilization of King's interacting systems framework and theory of goal attainment with new multidisciplinary model: Clinical pathway. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 44–50.
- Killeen, M. B. (2007). Development and initial testing of a theory of patient satisfaction with nursing care. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 138–163). New York: Springer.
- Killeen, M. B., & King, I. M. (2007). Use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(2), 51–57.

- King, I. M. (1968). A conceptual frame of reference for nursing. *Nursing Research*, 17(1), 27–31.
- King, I. M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. New York: Wiley.
- King, I. M. (1975a). *Patient aspects*. L.J. Schumann, R.D. Spears Jr., J.P. Young. In *Operations research in health care: A critical analysis*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- King, I. M. (1975b). A process for developing concepts for nursing through research. In P. Verhonick (Ed.), *Nursing research*. Boston: Little, Brown.
- King, I. M. (1977). Knowledge development in nursing: A process. In I. M. King, & J. Fawcett (Eds.), *The language of nursing theory and metatheory* (pp. 19–25). Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- King, I. M. (1978). In *Speech presented at 2nd Annual Nurse Educators' Conference*. Chicago: Teach 'Em.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems concepts, process*. New York: Wiley.
- King, I. M. (1984). Effectiveness of nursing care: Use of a goal-oriented nursing record in end stage renal disease. *American Association of Nephrology Nurses and Technicians Journal*, 11(2), 11–17. 60.
- King, I. M. (1986). *Curriculum and instruction in nursing: Concepts and process*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- King, I. M. (1988). Measuring health goal attainment in patients. In C. F. Waltz, & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcomes. Volume one: Measuring client outcomes* (pp. 109–127). New York: Springer.
- King, I. M. (1995a). A systems framework for nursing. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 14–22). Thousand Oaks, CA: Sage.
- King, I. M. (1995b). The theory of goal attainment. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 23–32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- King, I. M. (2000). Evidence-based nursing practice. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, 9(2), 4–9.
- King, I. M. (2003). Assessment of functional abilities and goal attainment scales: A criterion-reference measure. In O. L. Strickland, & C. Dilorio (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Client outcomes and quality of care* (2nd ed, pp. 3–20). New York: Springer.
- King, I. M. (2006). A system approach in nursing administration: Structure, process and outcome. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 100–104.
- King, I. M. (2007). King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 109–116.
- Krieger, D. (1975). Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing*, 75(5), 784–787.
- Kuhn, A. (1975). *Unified social science*. Homewood, IL: Dorsey.
- Lane-Tillerson, C. (2007). Imaging practice in 2050. King's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 140–143.
- Langford, R. (2008). Perceptions of transactions with nurse practitioners and weight loss in obese adolescents. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 8(2), 1.
- Layton, P. G. (2019). *Minimizing congestive heart failure readmissions from the nursing home through focused nursing education* (Publication No. 22587661) [Doctoral dissertation, Texas A&M University, Corpus Christi]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Leon-Demare, K., MacDonald, J., Gregory, D. M., Katz, A., & Halas, G. (2015). Articulating nurse practitioner practice using King's theory of goal attainment. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(11), 631–636.
- Loos, N. E. (2019). *Adult patient perceptions of nurse listening behaviors in an acute setting* (Publication No. 13805585) [Doctoral dissertation, Azusa Pacific University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Li, H., Li, C., & Xu, C. (2010). Review of the development of the concept of holistic nursing. *Zhonghua Yi Shi Za Zhi*, 40(1), 33–37.
- Maloni, H. (2007). *An intervention to effect hypertension, glycemic control, diabetes self management, self efficacy, and satisfaction with care in type II diabetic VA health care users with inadequate health literacy skills, doctoral dissertation*. Washington, DC: Catholic University of America.
- Marziale, M., & de Jesus, L. (2008). Explanative and intervention models in workers' health promotion. *Acta Paulista De Enfermagem*, 21(4), 654–659.
- McQueen, L., Cockcroft, M., & Mullins, N. (2017). Imogene King's theory of goal attainment and the millennial nurse: An important mentoring tool for nurse educators. *Teaching & Learning in Nursing*, 12(3), 223–225.
- Messmer, P. R. (1995). Implementation of theory-based nursing practice. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 294–304). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Messmer, P. R., & Imogene, M. (2000). King. In V. L. Bullough, & L. Sentz (Eds.), *American nursing: A biographical dictionary*, 3 (pp. 164–166). New York: Springer.
- Messmer, P. R. (2007). Tribute to the theorists: Imogene M. King over the years. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 198.
- Messmer, P. R., & Palmer, J. (February 2008). In honor of Imogene King. *Reflections on Nursing Leadership*. https://www.reflectionsonnursingleadership.org/features/more-features/Vol34_1_in-honor-of-imogene-m.-king.
- Messmer, P. R., & Cooper, C. (2011). In *Pediatric falls based on King's theory of goal attainment. King's Theory Conference*.
- Messmer, P. R., & Fawcett, J. (2008). In memoriam: Imogene M. King 1923–2007. *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 102–103.
- Minckley, B. B. (1968). Space and place in patient care. *American Journal of Nursing*, 68(3), 510–516.
- Moore, D. (2019). *A comparison of the impact of geographical rounding* (Publication No. 27544838) [Doctoral dissertation, Gardner-Webb University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Nho, J.-H., & Hwang Eun, S. (2019). Multidisciplinary lifestyle improvement program to improve the health of overweight and obese middle-aged women, psychological distress, and effect on body composition and reproductive system symptoms. *Korean Journal of Adult Nursing*, 31(6), 663–676.

- Nwinee, J. (2011). Nwinee socio-behavioural self-care management nursing model. *West African Journal of Nursing*, 22(1), 91–98.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Functions, process, principles*. New York: Putnam.
- Orme, J. E. (1969). *Time, experience and behavior*. New York: American Elsevier.
- Panozzo, G. (2018). Medication noncompliance and hospitalizations. *Home Healthcare Now*, 36(1), 34–42.
- Platt, L. S. (2019). *Using resilient systems inference for estimating hospital acquired infection prevention infrastructure performance* (Publication No. 27664386) [Doctoral dissertation, State University of New York at Binghamton]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Paterson, J., & Zderad, L. (1976). *Humanistic nursing*. New York: Wiley.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.
- Rooke, L. (1995). The concept of space in King's systems framework: Its implications for nursing. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 79–96). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rooke, L. (1995). Focusing on King's theory and systems framework in education by using an experiential learning model: A challenge to improve the quality of nursing care. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 278–293). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sapp, L. D. (2016). *Nurses' perceived scope of practice and competency level during the care of roux-en-Y bariatric postoperative patients* (Publication No. 10150197) [Doctoral dissertation, Capella University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Shanta, L. L., & Connolly, M. (2013). Using King's interacting systems theory to link emotional intelligence and nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 29(3), 174–180.
- Sieloff, C. L. (2010). Improving the work environment through the use of research instruments: An example. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 56–60.
- Sieloff, C. L., & Bularzik, A. M. (2011). Group power through the lens of the 21st century and beyond: Further validation of the Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 1020–1027.
- Sieloff, C., & Dunn, K. (2008). Factor validation of an instrument measuring group power. *Journal of Nursing Measurement*, 16(2), 113–124.
- Sieloff, C. L., & Frey, M. (2007). *Middle range theories for nursing practice using King's conceptual system*. New York: Springer.
- Smith, S. L. (2017). Advance care planning communication for young adults: A role for simulated learning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(5), 460–467.
- Sommer, R. (1969). *Personal space*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Stalians, J. (2018). *An evaluation of the effectiveness of implementing an electronic medical record documentation tool on documentation rates of patient self-management goals by primary care providers* (Publication No. 10743389) [Doctoral dissertation, Brandman University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Taylor, A. J. (2019). *Improving door-to-groin puncture time through nursing role delineation during emergent endovascular ischemic stroke thrombolysis treatment* (Publication No. 27664232) [Doctoral dissertation, Grand Canyon University]. ProQuest Dissertation and Theses Global.
- Thakral, M. (2015). *Pain qualities and their persistence in the elder population* (Publication No. 10010647) [Doctoral dissertation, University of Massachusetts Boston]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- University of Virginia School of Nursing History Center (2020). Recuperado de <https://www.nursing.virginia.edu/nursing-history/>.
- Wang, D., Liu, C., Zhang, Z., Ye, L., & Zhang, X. (2019). Validation of the King's transaction process for healthcare provider-patient context in the pharmaceutical context. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 15(1), 93–99.
- Wang, S., & Yang, T. (2006). Applying King's theory to establish psychotic patients' awareness of illness [Chinese]. *Tzu Chi Nursing Journal*, 5(1), 120–130.
- Watzlawick, P., Beavin, J. W., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Whiting, J. F. (1955). Q-sort technique for evaluating perceptions of interpersonal relationship. *Nursing Research*, 4(2), 71–73.
- Wicks, M. N., Rice, M. C., & Talley, C. H. (2007). Further exploration of family health within the context of chronic obstructive pulmonary disease. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 215–236). New York: Springer.
- Yancey, N. R. (2017). Ubiquitous technology in healthcare and teaching-learning: Scourge or blessing. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 207–208.
- Yancey, N. R. (2018). Technology and teaching-learning: Opportunities and restrictions. *Nursing Science Quarterly*, 31(4), 333–334.
- Yura, H., & Walsh, M. (1978). *The nursing process*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Zhang, Y., & Li, J. (2015). Application of King's theory of goal attainment in a case with chronic heart failure. *Chinese Nursing Research*, 29(6C), 2268–2270.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

King, I. M., & Fawcett, J. (1997). *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Artículos de revistas

King, I. M. (1964). Nursing theory—Problems and prospect. *Nursing Science*, 2(5), 394–403.

- King, I. M. (1970). A conceptual frame of reference for nursing. *Japanese Journal of Nursing Research*, 3, 199–204.
- King, I. M. (1987). Translating nursing research into practice. *Journal of Neuroscience Nursing*, 19(1), 44–48.
- King, I. M. (1990). Health as the goal for nursing. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 123–128.
- King, I. M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 19–26.
- King, I. M. (1994). Quality of life and goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 29–32.
- King, I. M. (1997). Reflections on the past and a vision for the future. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 15–17.
- King, I. M. (2008). Adversity and theory development. *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 137–138.
- Olsson, H., & Forsdahl, T. (1996). Expectations and opportunities of newly employed nurses at the University Hospital, Tromsø. *Social Sciences in Health: International Journal of Research and Practice*, 2(1), 14–22.
- Quigley, P., Janzen, S. K., King, I. M., & Goucher, E. (1999). Nurse staffing patient outcomes from one acute care setting within the Department of Veteran's Affairs. *Florida Nurse*, 47(2), 34.
- Fuentes secundarias**
- Capítulos de libros**
- Alligood, M. R. (1995). Theory of goal attainment: Application to adult orthopedic nursing. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 209–222). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Alligood, M. R. (2007). Rethinking empathy in nursing education: Shifting to a developmental view. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 287–296). New York: Springer.
- Alligood, M. R., Evans, G. W., & Wilt, D. L. (1995). King's interacting system and empathy. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 66–78). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Benedict, M., & Frey, M. A. (1995). Theory-based practice in the emergency department. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 317–324). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Doornbos, M. M. (1995). Using King's systems framework to explore family health in the families of the young chronically mentally ill. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 192–205). Thousand Oaks, CA: Sage.
- duMont, P. (2007). A theory of asynchronous development: A midlevel theory derived from a synthesis of King and Peplau. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 50–74). New York: Springer.
- Ehrenberger, H. E., Alligood, M. R., Thomas, S. P., Wallace, D. C., & Licavoli, C. M. (2007). Testing a theory of decision making derived from King's systems framework in women eligible for a cancer clinical trial. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 75–91). New York: Springer.
- Fawcett, J. (1995). *King's open systems model*. In *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed) pp. 109–163). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. M., Vaillancourt, V. M., & Watson, C. A. (1995). Integration of King's framework into nursing practice. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 176–191). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Frey, M. A. (1995). From conceptual framework to nursing knowledge. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's system framework and theory of nursing* (pp. 3–13). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Frey, M. A., Ellis, D. A., & Naar-King, S. (2007). Testing nursing theory with intervention research: The congruency between King's conceptual system and multisystemic therapy. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 273–286). New York: Springer.
- Frey, M. A., & Norris, D. (1997). King's systems framework and theory in nursing practice. In A. Marriner Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application*. Mosby: St Louis, 71–88.
- Froman, D. (1995). Perceptual congruency between clients and nurses: Testing King's theory of goal attainment. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 223–238). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hanna, K. M. (1995). Use of King's theory of goal attainment to promote adolescents' health behavior. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 239–250). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hernandez, C. A. (2007). The theory of integration: Congruency with King's conceptual system. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 105–124). New York: Springer.
- Hobdell, E. F. (1995). Using King's interacting systems framework for research on parents of children with neural tube defects. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 126–136). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jolly, M. L., & Winker, C. K. (1995). Theory of goal attainment in the context of organizational structure. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 305–316). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kameoka, T. (1995). Analyzing nurse-patient interactions in Japan. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 251–260). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Laben, J. K., Sneed, L. D., & Seidel, S. L. (1995). Goal attainment in short-term group psychotherapy settings: Clinical implications for practice. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 261–277). Thousand Oaks, CA: Sage.
- May, B. A. (2007). Relationships among basic empathy, self-awareness, and learning styles of baccalaureate pre-nursing

- students within King's personal system. *Dissertation Abstracts International*, 61(06b), 2991.
- Reed, J. E. F. (2007). Social support and health of older adults. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 92–104). New York: Springer.
- Sharts-Hopko, N. C. (1995). Using health, personal, and interpersonal system concepts within the King's systems framework to explore perceived health status during the menopause transition. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 147–160). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sharts-Hopko, N. C. (2007). A theory of health perception: Understanding the menopause transition. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 178–195). New York: Springer.
- Sieloff, C. L. (1995). Defining the health of a social system within Imogene King's framework. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 137–146). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sieloff, C. L. (1998). Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In A. Marriner-Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed, pp. 300–319). St. Louis: Mosby.
- Sieloff, C. L. (2002). Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In A. Marriner-Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (5th ed, pp. 336–360). St. Louis: Mosby.
- Sieloff, C. L. (2006). Imogene King: Systems framework and theory of goal attainment. In A. Marriner-Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed, pp. 336–360). St. Louis: Mosby.
- Sieloff, C. L. (2007). The theory of group power within organizations—Evolving conceptualization within King's conceptual system. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 196–214). New York: Springer.
- Sieloff, C. L., Frey, M., & Killeen, M. (2006). Application of King's interacting systems framework. In M. Parker (Ed.), *Nursing theorists and their application in practice* (2nd ed, pp. 244–267). Philadelphia: F. A. Davis.
- Whelton, B. J. B. (2007). The nursing act is an excellent human act: A philosophical analysis derived from classical philosophy and the conceptual system and theory of Imogene King. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 12–28). New York: Springer.
- Wicks, M. N. (1995). Family health as derived from King's framework. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 97–108). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Winker, C. K. (1995). A systems view of health. In M. A. Frey, & C. L. Sieloff (Eds.), *Advancing King's systems framework and theory of nursing* (pp. 35–45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zurakowski, T. L. (2007). Theory of social and interpersonal influences on health. In C. L. Sieloff, & M. A. Frey (Eds.), *Middle range theory development using King's conceptual system* (pp. 237–257). New York: Springer.
- ### Artículos de revistas
- Alligood, M. R., & May, B. A. (2000). A nursing theory of personal system empathy: Interpreting a conceptualization of empathy in King's interacting systems. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 243–247.
- Baumann, S. L. (2000). Research issues: Family nursing: Theory-anemic, nursing theory-deprived. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 285–290.
- Bruns, A., Norwood, B., Bosworth, G., & Hill, L. (2009). The cerebral oximeter: What is the efficacy. *AANA Journal*, 77(2), 137–144.
- Chaves, E. S., & de Araujo, T. L. (2006). Nursing care for an adolescent with cardiovascular risk [Portuguese]. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 5(1), 82–87.
- Cheng, M. (2006). Using King's goal attainment theory to facilitate drug compliance in a psychiatric patient [Chinese]. *Journal of Nursing*, 53(3), 90–97.
- Chugh, D. (2005). Care analysis using goal attainment model. *Asian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 2–6.
- Daniel, J. M. (2002). Young adults' perceptions of living with chronic inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Nursing*, 25(3), 83–94.
- David, G. L. B. (2000). Ethics in the relationship between nursing and AIDS-afflicted families [Portuguese]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 9(2), 590–599.
- Doornbos, M. M. (2000). King's systems framework and family health: The derivation and testing of a theory. *Journal of Theory Construction & Testing*, 4(1), 20–26.
- Doornbos, M. M. (2002). Predicting family health in families with young adults with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*, 8(3), 241–263.
- Fawcett, J. (2001). Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates—Imogene M. King. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 311–315.
- Frey, M. A., Sieloff, C. L., & Norris, D. M. (2002). King's conceptual system and theory of goal attainment: Past, present, and future. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 107–112.
- Kline, K. S., Scott, L. D., & Britton, A. S. (2007). The use of supportive-educative and mutual goal setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthcare News*, 25(8), 502–510.
- McKinney, N. L., & Dean, P. R. (2000). Application of King's theory of dynamic interacting systems to the study of child abuse and the development of alcohol use/dependence in adult females. *Journal of Addictions Nursing*, 12(2), 73–82.
- Messmer, P. R. (2006). Professional model of care: Using King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 19(3), 227–228.
- Moreira, T. M. M., & Arajo, T. L. (2002). The conceptual model of interactive open systems and the theory of goal attainment by Imogene King [Portuguese]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1), 97–103.
- Ng, B. F. L., & Tsang, H. W. H. (2002). A program to assist people with severe mental illness in formulating realistic life goals. *Journal of Rehabilitation*, 68(4), 59–66.
- Palmer, J. A. (2006). Nursing implications for older adult patient education. *Plastic Surgical Nursing*, 26(4), 189–194.

- Riggs, C. J. (2001). A model of staff-support to improve retention in long-term care. *Nursing Administration Quarterly*, 25(2), 43–54.
- Secrest, J., Iorio, D. H., & Martz, W. (2005). The meaning of work for nursing assistants who stay in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 14(8b), 90–97.
- Sieloff, C. L. (2003). Measuring nursing power within organizations. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 183–187.
- Sredl, D. (2006). The triangle technique: A new evidence-based educational tool for pediatric medication calculations. *Nursing Education Perspectives*, 27(2), 84–88.
- Stevens, K. R., & Messmer, P. R. (2008). In remembrance of Imogene M. King. January 30, 1923–December 24, 2007: Imogene, a pioneer and dear colleague. *Nursing Outlook*, 56(3), 100–101.
- Suslick, D., Secrest, J., Holweger, J., & Myhan, G. (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(1), 10–20.
- Viera, C. S., & Rossi, L. (2000). Nursing diagnoses from NANDA's taxonomy in women with a hospitalized preterm child and King's Conceptual System [Portuguese]. *Revista Latin-Americana de Enfermagem*, 8(6), 110–116.
- Wadensten, B., & Carlsson, M. (2003). Nursing theory views on how to support the process of aging. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 118–124.
- Ward, D. (2010). Infection control in clinical placements: Experiences of nursing and midwifery students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1533–1542.
- Walker, K. M., & Alligood, M. R. (2001). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 140–147.
- Wilkinson, C. R., & Williams, M. (2002). Strengthening patient-provider relationships. *Lippincott's Case Management*, 7(3), 86–102.



Betty Neuman
(1924-actualidad)[†]

Betty Neuman: modelo de sistemas

Theresa Gunter Lawson*

*«El uso de modelos ha cambiado la cara de la enfermería y creo que en este momento tenemos suficientes validaciones y comprobaciones de su importancia.»
(Neuman, 2019)*

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Betty Neuman nació en 1924 y creció en una granja de Ohio. Su pasado rural la ayudó a desarrollar un sentimiento de compasión por las personas necesitadas, que se hizo evidente a lo largo de su carrera. Finalizó sus estudios básicos de enfermería con doble reconocimiento en la Peoples Hospital School of Nursing (actualmente General Hospital) de Akron, Ohio, en 1947. Cuando era una joven enfermera se trasladó a California, donde ocupó diversos puestos, como enfermera hospitalaria, enfermera en un colegio, enfermera de empresa e instructora clínica en el University of Southern California Medical Center. Se diplomó con honores en salud pública y psicología (1957), e hizo un máster en Salud Mental y Salud Pública (1966) en la University of California, Los Ángeles (UCLA). En 1985 se doctoró en Psicología Clínica en la Pacific Western University (Neuman, comunicación personal, 3 de junio, 1984).

Neuman fue una pionera de la participación de la enfermería en la salud mental. Ella y Donna Aquilina fueron las dos primeras enfermeras que desarrollaron la función de enfermera consejera en centros de crisis extrahospitalarios de Los Ángeles (Neuman, comunicación personal, 21 de junio, 1992). En la UCLA, desarrolló, enseñó y perfeccionó un programa de salud mental extrahospitalaria para profesionales de enfermería de posgrado. Desarrolló y publicó su primer modelo explícito de enseñanza y práctica para la consulta de salud mental a

finales de la década de 1960, antes de la creación de su modelo de sistemas (Neuman et al., 1971). En 1970, Neuman diseñó un modelo conceptual de enfermería para los estudiantes de la UCLA con el fin de ampliar su comprensión de las variables del paciente más allá del modelo médico (Neuman y Young, 1972). Neuman publicó por primera vez su modelo a principios de la década de 1970 (Neuman, 1974; Neuman y Young, 1972). La primera edición de *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice* se publicó en 1982; el desarrollo y las revisiones del modelo se ilustran en ediciones posteriores (Neuman, 1989, 1995, 2002b, 2011b).

Desde que desarrolló el modelo de sistemas, Neuman ha participado en numerosas publicaciones, presentaciones de trabajos, consultas, charlas y conferencias sobre la aplicación y el uso del modelo. Es miembro de la American Association of Marriage and Family Therapy y de la American Academy of Nursing. Ha impartido clases de formación continua para profesionales de enfermería en la UCLA y en organizaciones comunitarias durante 14 años, y trabajó en la práctica privada como terapeuta matrimonial y familiar clínica licenciada, con especial atención al asesoramiento pastoral. Ha ofrecido asesoramiento a nivel nacional e internacional sobre la aplicación del modelo para programas educativos de enfermería y para organizaciones de práctica clínica. Neuman vive en Seattle y sigue trabajando como asesora del Neuman Systems Model Trustees Group.

FUENTES TEÓRICAS

El modelo de sistemas de Neuman se basa en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos vivos como sistemas abiertos (Bertalanffy, 1968) que interactúan entre sí y con el entorno (Neuman, 1982). Dentro de este modelo,

*Autoras anteriores: Barbara T. Freese, Sarah J. Beckman, Sanna Boxley-Harges, Cheryl Bruick-Sorge, Susan Matthews Harris, Mary E. Hermiz, Mary Meininger y Sandra E. Steinkeler.

[†]Fotografía: www.neumansystemmodel.org.

Neuman sintetiza el conocimiento de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia como enfermera clínica, especialmente en el campo de la salud mental.

El modelo se inspira en la teoría de la Gestalt (Perls, 1973), que describe la homeostasis como el proceso por el que un organismo mantiene su equilibrio, y en consecuencia su salud, en condiciones variables. Neuman describe el ajuste como el proceso por el cual el organismo satisface sus necesidades. Existen muchas necesidades, y todas pueden alterar el equilibrio o la estabilidad del paciente, por lo que el proceso de ajuste es dinámico y continuo. La vida se caracteriza por esta interacción continua de equilibrio y desequilibrio dentro del organismo. Cuando el proceso de estabilización falla en cierto grado, o cuando el organismo permanece en un estado de desarmonía durante demasiado tiempo, puede desarrollarse la enfermedad. Si el organismo es incapaz de compensar la enfermedad, puede producirse la muerte (Neuman y Young, 1972).

El modelo también se basa en las ideas filosóficas de De Chardin y Marx (Neuman, 1982). La filosofía marxista señala que las propiedades de las partes están determinadas en cierta medida por los conjuntos más grandes dentro de los sistemas dinámicamente organizados. Con este punto de vista, Neuman (1982) confirma que los patrones del conjunto influyen en el conocimiento de la parte, lo que se desprende de la filosofía de De Chardin sobre la totalidad de la vida.

Neuman utilizó la definición de estrés de Selye, que es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. El estrés aumenta la necesidad de reajuste. Esta demanda no es específica; requiere la adaptación al problema, independientemente de su naturaleza. Por lo tanto, la esencia del estrés es la demanda inespecífica de actividad (Selye,

1974). Los factores estresantes, que pueden ser positivos o negativos, son los estímulos que producen tensión y dan lugar al estrés.

Neuman adapta el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan (1964) y relaciona estos niveles de prevención con la enfermería. La prevención primaria se utiliza para proteger al organismo antes de que entre en contacto con un factor estresante peligroso. La prevención primaria consiste en reducir la posibilidad de encontrarse con el factor estresante o reforzar la línea de defensa normal del paciente para disminuir la reacción frente al factor estresante. Las prevenciones secundaria y terciaria son posteriores al encuentro del paciente con el factor estresante peligroso. La prevención secundaria intenta reducir el efecto o el posible efecto de los factores estresantes a través del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. Neuman lo describe como el fortalecimiento de las líneas internas de resistencia. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales del factor estresante y que el paciente recupere el bienestar después del tratamiento (Neuman, 2002b).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Neuman conceptualizó el modelo a partir de sólidas teorías antes de que se iniciara la investigación enfermera sobre el modelo. Inicialmente evaluó la utilidad del modelo presentando una herramienta a estudiantes de enfermería en la UCLA y publicó los datos obtenidos en *Nursing Research* (Neuman y Young, 1972). La investigación enfermera posterior ha aportado pruebas empíricas sólidas en apoyo del modelo de sistemas de Neuman (fig. 16.1).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Betty Neuman (2011b) describe su modelo de sistemas como sigue: «El modelo de sistemas de Neuman es una perspectiva única, basada en sistemas abiertos, que proporciona un enfoque unificador para abordar una amplia gama de cuestiones. Un sistema actúa como una frontera para un paciente individual, un grupo o incluso un conjunto de grupos; también puede definirse como una cuestión social. Un sistema del paciente en interacción con el entorno perfila el dominio de las cuestiones de enfermería» (p. 3).

Los principales conceptos identificados en el modelo (v. fig. 16.1) son: abordaje integral, sistema abierto, entorno, sistema del cliente, línea de defensa normal, línea de defensa flexible, salud, factores estresantes, grado de reacción, prevención como intervención y reconstitución (Neuman, 2011c, pp. 327-329; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Abordaje integral

El modelo de sistemas de Neuman es un abordaje de sistemas abierto y dinámico para el cuidado del paciente, desarrollado originalmente para proporcionar un enfoque unificador con la intención de definir los problemas de enfermería y para comprender al paciente en interacción con el entorno. El paciente como sistema puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad o cuestión social (Neuman, 2011c).

Los pacientes se consideran como un todo cuyas partes están en interacción dinámica. El modelo considera simultáneamente todas las variables que afectan al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, del desarrollo y espirituales. Neuman incluyó la variable espiritual en la segunda edición (1989). Cambió la ortografía del término *holistic* por *wholistic* («holístico», «integral») en la segunda

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

edición para aumentar la comprensión del término como referencia a la persona como un todo (B. Neuman, comunicación personal, 20 de junio de 1988).

Sistema abierto

Un sistema es abierto cuando «hay un flujo continuo de entradas y procesos, salidas y retroalimentación». «El estrés y la reacción al estrés son componentes básicos» de un sistema abierto (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Proceso/función

El paciente como sistema intercambia «energía, información y materia con el entorno, así como con otras partes y subpartes del sistema» mientras utiliza los recursos energéticos disponibles «para avanzar hacia la estabilidad y la integridad» (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Entrada/salida

Para el paciente como sistema, la entrada y la salida son «la materia, la energía y la información que se intercambian entre el paciente y el entorno» (Neuman, 2011c, p. 328).

Retroalimentación

La salida del sistema en forma de «materia, energía e información» sirve como retroalimentación para la entrada futura «para la acción correctiva dirigida a cambiar, mejorar o estabilizar el sistema» (Neuman, 2011c, p. 327).

Negentropía

«Proceso de conservación de la energía que aumenta la organización y la complejidad, llevando al sistema hacia la estabilidad con un mayor grado de bienestar» (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Estabilidad

La estabilidad es un estado dinámico y «deseable de equilibrio en el que los intercambios de energía pueden tener lugar sin alterar el carácter del sistema», lo que apunta a una salud óptima (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Entorno

Según la definición de Neuman, «el entorno consiste en las fuerzas internas y externas que rodean al paciente, que influyen y se ven influidas por él, en cualquier momento» (Neuman, 2011c, p. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Entorno creado

El entorno creado es desarrollado inconscientemente por el paciente para expresar simbólicamente la totalidad del

sistema. «Su propósito es proporcionar una protección perceptiva para el funcionamiento del sistema del paciente y mantener la estabilidad del sistema» (Neuman, 2011c, p. 327; véase también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Sistema del paciente

El sistema del cliente «consta de cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual) en interacción con el entorno» (Neuman, 2011c, p. 327). «La variable fisiológica hace referencia a la estructura y a la función del organismo. La variable psicológica hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno. La variable sociocultural se refiere a los efectos y a las influencias de las condiciones sociales y culturales. La variable del desarrollo hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad. La variable espiritual se refiere a las creencias e influencias espirituales» (Neuman, 2011c, p. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Estructura básica

El paciente como sistema está compuesto por un núcleo central rodeado de anillos concéntricos. El círculo interior del diagrama (v. fig. 16.1) representa los factores básicos de supervivencia o los recursos energéticos del paciente. Esta estructura central «consiste en factores básicos de supervivencia comunes a los seres humanos», como rasgos innatos o genéticos (Neuman, 2011c, p. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Líneas de resistencia

La serie de anillos discontinuos que rodean la estructura central básica se denominan líneas de resistencia. Estos anillos representan factores de recursos que ayudan al paciente a defenderse de un factor estresante (v. fig. 16.1). «Las líneas de resistencia actúan como factores de protección que son activados por los factores estresantes que penetran en la línea normal de defensa» (Neuman, 2011c, p. 328).

Línea normal de defensa

La línea de defensa normal es el círculo continuo exterior del modelo (v. fig. 16.1). Representa el «nivel adaptativo de salud desarrollado en el transcurso del tiempo y sirve como referencia para medir la desviación respecto al estado de bienestar» (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995). «La línea de defensa normal se considera dinámica en el sentido de que puede expandirse o contraerse con el tiempo» (Neuman, 2011b, p. 18).

Línea flexible de defensa

El círculo discontinuo exterior del modelo se denomina línea de defensa flexible (v. fig. 16.1). Se percibe como un elemento amortiguador de protección para evitar que los factores estresantes se abran camino hacia el estado de bienestar habitual



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

representado por la línea normal de defensa. Los factores situacionales pueden influir en el grado de protección que ofrece la línea flexible de defensa, tanto de forma positiva como negativa (Neuman, 2011c, p. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Neuman describe la línea flexible de defensa como el primer mecanismo de protección del sistema del paciente. «A medida que se aleja de la línea de defensa normal, proporciona una mayor protección; a medida que se acerca, se dispone de menos protección» (Neuman, 2011b, p. 18).

Salud

«La salud es un continuo de naturaleza dinámica que cambia constantemente, del bienestar a la enfermedad. El bienestar o la estabilidad óptimos indican que se están satisfaciendo las necesidades totales del sistema» (Neuman, 2011c, p. 328).

Bienestar

«El bienestar es una condición estable en la que las subpartes del sistema están en armonía con el sistema completo» (Neuman, 2011c, p. 329; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Enfermedad

«La enfermedad está en el extremo del continuo opuesto al bienestar y representa la inestabilidad y el agotamiento de la energía» (Neuman, 2011c, p. 329; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002b).

Factores estresantes

Los factores estresantes son factores ambientales «que tienen el potencial de perturbar la estabilidad del sistema» (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Su resultado puede ser positivo o negativo, y pueden ser consecuencia de lo siguiente:

- Fuerzas intrapersonales que ocurren dentro del individuo (p. ej., respuestas autoinmunitarias).
- Fuerzas interpersonales que ocurren fuera del sistema del paciente, aunque en un rango proximal (p. ej., expectativas de rol).
- «Fuerzas extrapersonales que ocurren fuera del sistema del paciente en un rango distal» (p. ej., las políticas sociales)

(Neuman, 2011b, p. 22; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Grado de reacción

«El grado de reacción es el grado de inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los factores estresantes invaden la línea normal de defensa» (Neuman, 2011c, p. 327; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995, 2002a).

Prevención como intervención

Las intervenciones son acciones intencionadas para ayudar al paciente a conservar, alcanzar o mantener la estabilidad del sistema. Pueden producirse antes o después de que las líneas de defensa y resistencia sean superadas. Neuman está de acuerdo en iniciar la intervención cuando se sospecha la existencia de un factor estresante o este ya ha sido identificado. Las intervenciones se basan en el grado posible o real de reacción, los recursos, los objetivos y el resultado previsto. Neuman identifica tres niveles de intervención: 1) primario; 2) secundario, y 3) terciario (Neuman, 2011c; v. también Neuman, 1982, 1989, 1995).

Prevención primaria

La prevención primaria se utiliza antes de que se produzca una reacción a los factores estresantes (Neuman, 2011c, p. 328).

Prevención secundaria

La prevención secundaria consiste en el tratamiento de los síntomas tras una reacción a los factores estresantes (Neuman, 2011c, p. 328).

Prevención terciaria

La prevención terciaria consiste en el mantenimiento de un bienestar óptimo tras el tratamiento (Neuman, 2011c, p. 328; v. también Neuman, 1982).

Reconstitución

La reconstitución se produce tras el tratamiento de las reacciones a los factores estresantes. «Representa el retorno y el mantenimiento de la estabilidad del sistema», que puede corresponder a un nivel de bienestar mayor o menor que el existente antes de la invasión del factor estresante (Neuman, 2011c, p. 328).

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

Neuman (2011c) considera que la enfermería se ocupa de la persona en su totalidad. Considera que es una «profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a los pacientes en su entorno» (p. 328). La percepción de la enfermera influye en los cuidados prestados, por lo que Neuman (1995) afirma

que hay que valorar el campo perceptivo del cuidador y del paciente.

Seres humanos

Neuman (2011b) presenta el concepto de seres humanos «como pacientes o sistemas de pacientes [que] pueden ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una cuestión social» (p. 15). El sistema del paciente es un compuesto

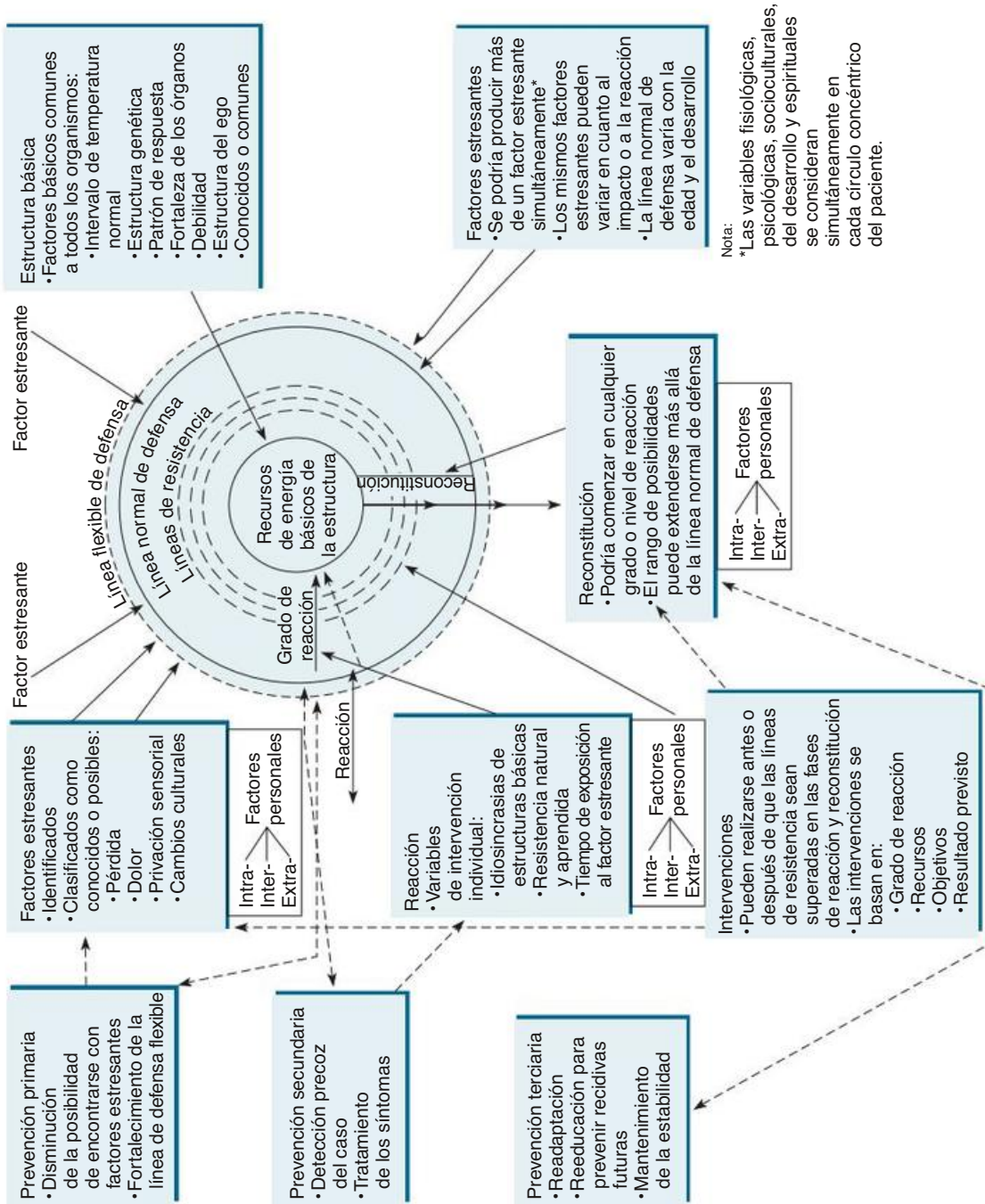


Fig. 16.1 El modelo de sistemas de Neuman. (Copyright original de 1970 por Betty Neuman. Utilizado con autorización.)

dinámico de interrelaciones entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales (Neuman, 2011b).

Salud

Neuman considera su trabajo un modelo de bienestar. Para ella, la salud es un continuo de naturaleza dinámica entre el bienestar y la enfermedad, que cambia constantemente. Neuman afirma que «la estabilidad óptima del sistema es el mejor estado de bienestar posible en un momento dado» (Neuman, 2011b, p. 23).

Entorno

Neuman define el **entorno** como las «fuerzas internas y externas que rodean al paciente, que influyen en él y se ven influidas por él» (Neuman, 2011c, p. 327). Los factores estresantes son importantes para el concepto de entorno y se describen como «fuerzas del entorno que interactúan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla» (Neuman, 2011b, p. 19).

Neuman (1995) identifica tres entornos importantes: 1) interno; 2) externo, y 3) creado. El entorno interno es intrapersonal e incluye todas las interacciones interiores del paciente. El entorno externo es interpersonal o extrapersonal, todos los factores se originan en el exterior del paciente. El entorno creado se desarrolla inconscientemente y el paciente lo utiliza para apoyar el afrontamiento protector. Es principalmente intrapersonal. El entorno creado es dinámico y moviliza todas las variables del sistema para crear un efecto aislante que ayuda al paciente a afrontar la amenaza de los factores estresantes del entorno cambiando la identidad o la situación. Algunos ejemplos son la negación (variable psicológica) y el ciclo de vida de los patrones de supervivencia (variable del desarrollo). El entorno creado influye perpetuamente y se ve influido por los cambios en el estado de bienestar percibido por el cliente (Neuman, 1995, 2011b).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los fundamentos teóricos son las relaciones que se establecen entre los conceptos esenciales de un modelo (Torres, 1986). El modelo de Neuman representa a la enfermera como participante activa en una relación recíproca con el paciente, preocupada por mantener el sistema del paciente estable. Neuman vincula los cuatro conceptos esenciales de persona, entorno, salud y enfermería en sus afirmaciones sobre la prevención primaria, secundaria y terciaria. En sus primeras publicaciones, Neuman proponía unos supuestos básicos que relacionaban los conceptos esenciales del modelo. Estas afirmaciones se han aceptado como proposiciones y sirven para definir, describir y relacionar los conceptos del modelo. Se han propuesto, comprobado y publicado numerosos fundamentos teóricos, como describen en sus trabajos Neuman y Fawcett (2011).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Neuman utilizó la lógica deductiva e inductiva para desarrollar su modelo. El modelo de Neuman deriva de otras teorías y disciplinas. El modelo es también un producto de su filosofía y de las observaciones realizadas en la enseñanza de la enfermería de salud mental y en el asesoramiento clínico.

APLICACIONES POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Alligood (2014) aclara que un modelo conceptual proporciona un marco de referencia, mientras que una gran teoría propone una dirección o acción que es comprobable. El modelo de sistemas de Neuman es tanto un modelo conceptual como una gran teoría de enfermería. Como modelo, proporciona un marco conceptual para la práctica, la investigación y la docencia de la enfermería (Freese et al., 2011; Louis et al., 2011; Neuman et al., 2011). Como gran teoría, propone fenómenos y acciones de enfermería que forman proposiciones para su comprobación (Neuman, 2002a).

El modelo sirve igualmente para todos los niveles de formación en enfermería y para una amplia variedad de áreas de práctica. Se adapta bien transculturalmente y se utiliza con frecuencia en enfermería de salud pública en otros países. El modelo se usa mucho en EE. UU., Canadá, Países Bajos y Bélgica. Se ha utilizado en todo el mundo (Australia, Brasil, Corea, Costa Rica, Dinamarca, Egipto, España, Finlandia, Ghana, Hong Kong, Islandia, Japón, Kuwait, Nueva Zelanda, Portugal, Puerto Rico, Reino Unido, República Popular de China, Suecia, Taiwán y Turquía).

El desarrollo continuo y el atractivo universal del modelo se reflejan en los International Biennial Neuman Systems Model Symposia, que proporcionan un foro en el que profesionales sanitarios, educadores, investigadores y estudiantes comparten información sobre su uso del modelo. El primer simposio se celebró en 1986 en el Neumann College de Aston, Pensilvania. Los siguientes simposios se han celebrado en Kansas City, Missouri (1988); Dayton, Ohio (1990); Rochester, Nueva York (1993); Orlando, Florida (1995); Boston, Massachusetts (1997); Vancouver, British Columbia (1999); Salt Lake City, Utah (2001); Willow Grove, Pensilvania (2003); Akron, Ohio (2005); Ft. Lauderdale, Florida (2007); Las Vegas, Nevada (2009); Allentown, Pensilvania (2011); Vancouver, British Columbia (2013); Filadelfia, Pensilvania (2015); Utrecht, Países Bajos (2017) y Canton, Ohio (2019). En cada uno de estos simposios han participado países de todo el mundo y otras disciplinas, además de la enfermería.

Práctica profesional

El uso del modelo de sistemas de Neuman para la práctica de la enfermería facilita los enfoques orientados a los objetivos, unificados e integrales para el cuidado del paciente, aunque el modelo también es apropiado para un uso multidisciplinario.

que evite la fragmentación del cuidado del paciente. El modelo delinea un sistema del paciente y una clasificación de los factores estresantes que todos los miembros del equipo asistencial puedan comprender y utilizar. Se han publicado directrices para el uso del modelo en la práctica clínica de enfermería (Freese et al., 2011) y para la administración de servicios de atención sanitaria (Shambaugh et al., 2011).

Se han publicado varios instrumentos para facilitar el uso del modelo. Estos instrumentos incluyen una herramienta de evaluación e intervención para ayudar a las enfermeras a recopilar y sintetizar los datos de los pacientes, un formato para la prevención como intervención y un formato para la aplicación del proceso de enfermería dentro del marco del modelo de sistemas de Neuman (McDowell, 2017; Neuman, 2011a; Russell, 2002).

El formato del proceso de enfermería de Neuman consta de tres pasos: 1) diagnóstico de enfermería; 2) objetivos de enfermería, y 3) resultados de enfermería; el término *enfermería* se modifica en consonancia cuando es utilizado por otras disciplinas. El diagnóstico consiste en obtener una base de datos amplia y completa a partir de la cual se puedan determinar las desviaciones respecto al bienestar. Los objetivos se establecen mediante la negociación entre el paciente y el cuidador de los cambios de prescripción deseados para corregir las variaciones del bienestar. Los resultados se establecen en relación con el objetivo de uno o más de los tres modos de prevención como intervención. Después se utiliza la evaluación para confirmar que se han conseguido los resultados deseados o para reformular los objetivos o los resultados. Neuman (2011a) esboza su formato de proceso de enfermería, aclarando los pasos del proceso para el uso de su modelo en el apéndice C en Neuman y Fawcett (2011, pp. 338-350).

La amplitud del modelo de Neuman ha dado lugar a su aplicación y adaptación en una gran variedad de entornos de la práctica de la enfermería, como hospitales, residencias de ancianos, centros de rehabilitación, centros para enfermos terminales, unidades de salud mental, maternidades y servicios extrahospitalarios, como consultas de enfermería en congregaciones; en los libros de Neuman se citan numerosos ejemplos (Neuman, 1982, 1989, 1995; Neuman y Fawcett, 2002, 2011). El enfoque integral del modelo lo hace especialmente aplicable a pacientes que experimentan factores estresantes complejos que afectan a múltiples variables del paciente, como la insuficiencia renal que requiere hemodiálisis (Arreguy-Sena et al., 2018), la carcinomatosis peritoneal (Parlak et al., 2020) y la infección congénita por el virus de Zika (Soares Lima et al., 2020). El modelo se ha utilizado para guiar la práctica de la enfermería en países de todo el mundo. Por ejemplo, en los Países Bajos se utiliza para guiar a un centro de atención especializado centrado en el comportamiento problemático en la población geriátrica (Pluck, 2017).

El modelo de Neuman proporciona una perspectiva de los sistemas para su uso con individuos y familias, para la práctica extrahospitalaria con grupos y en la enfermería de salud pública, porque sus principios integrales ayudan a las enfermeras a

prestar unos cuidados de gran calidad a través de prácticas basadas en la evidencia (Ume-Nwagbo et al., 2006). Anderson et al. (1986) fueron de los primeros en utilizar el modelo para evaluar las necesidades sanitarias de una comunidad, en la que identificaron la violencia hacia las mujeres como uno de los principales problemas sanitarios. Varios investigadores han explorado la utilidad del modelo como marco para evaluar los factores estresantes e intervenir con los cuidadores de personas con diversos problemas de salud (Cannon y Fawcett, 2018; Demir, 2018; Demir y Platin, 2017; Ngangana et al., 2016), mientras que otros han aplicado el modelo a la supervivencia en el contexto del cáncer (Haozous, 2016; İnan y Üstün, 2018; Oertle, 2016) y al cuidado de pacientes con tuberculosis que reciben un tratamiento de observación directa (Sharma, 2018).

Del mismo modo, el modelo es funcional en el ámbito de los cuidados intensivos y ha sido adoptado por varias organizaciones para guiar la prestación de cuidados a los pacientes (Breckenridge, 2017). Un ejemplo de ello es el Departamento de Enfermería de Inspira Health Network, en Pensilvania, para orientar el enfoque de los cuidados al paciente en su centro. Además de su utilidad como marco orientador para la prestación de cuidados al paciente, el modelo se ha aplicado al personal de enfermería en áreas como la resiliencia (Turner y Kaylor, 2015), el bienestar espiritual (Markani et al., 2018), la fatiga por compasión (Sullivan et al., 2019) y el uso del modelo y su aplicabilidad para evaluar las políticas sanitarias y los problemas sociales (Aronowitz y Fawcett, 2016).

Formación

El modelo está bien aceptado en el mundo académico y se utiliza ampliamente como guía para los planes de estudios. Se ha utilizado en EE. UU. y en otros países, como Australia, Canadá, Corea, Dinamarca, Japón, Kuwait, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Taiwán (Lowry, 2002). Se han publicado directrices para el uso del modelo en la docencia de las profesiones sanitarias (Neuman et al., 2011; Newman et al., 2011). Beckman y Fawcett (2017) proporcionan una serie de ejemplos de aplicación del modelo en la formación en enfermería y su correlación con las iniciativas modernas de calidad.

La perspectiva integral del modelo proporciona un marco eficaz para la enseñanza de la enfermería a todos los niveles. El modelo se ha seleccionado para programas de diplomatura debido a sus perspectivas teóricas y exhaustivas para un plan de estudios integral y por su potencial de uso con individuos, familias, grupos pequeños y la comunidad. La Neumann College Division of Nursing fue la primera escuela que seleccionó el modelo de sistemas de Neuman como base conceptual para su plan de estudios y para el abordaje de los cuidados del paciente en 1976. Neuman et al. (2011) comunicaron que el modelo de sistemas de Neuman sirvió como marco conceptual en más de 25 programas de formación en enfermería en EE. UU. y en otros países.

El modelo funciona igualmente bien para guiar el aprendizaje clínico. McClure y Gigliotti (2012) informaron sobre un uso novedoso del modelo para la sesión de análisis posterior a

las experiencias de simulación clínica. El modelo de sistemas de Neuman se utiliza para guiar el aprendizaje, en el aula y en el ámbito clínico, en planes de estudios de enfermería de diversos niveles y relacionados con la salud en todo el mundo. La aceptación por la comunidad educativa de enfermería es claramente evidente. El aumento de la formación en enfermería en línea ha hecho necesario el desarrollo de enfoques novedosos para presentar esta información a estudiantes de todos los niveles (Green-Laughlin, 2017). El modelo se ha utilizado para guiar las actividades de aprendizaje-servicio internacional (Lee et al., 2017).

Se ha seguido perfeccionando la conceptualización del estudiante, del miembro del profesorado o del paciente como unidad educativa en enfermería. La descortesía encubierta en los entornos académicos de enfermería (DeMarco et al., 2018) y los factores estresantes asociados a los procesos de acreditación (Davis, 2018) se han explorado utilizando el modelo.

Investigación

En la última década se ha llevado a cabo una cantidad importante de investigaciones sobre los componentes del modelo para generar una teoría de la enfermería y utilizar el modelo como marco conceptual para hacer avanzar la enfermería como disciplina científica. Las normas para la investigación enfermera basada en el modelo de sistemas Neuman, tal y como las describe Fawcett, se basan en el contenido del modelo y en la literatura relacionada (Fawcett y Gigliotti, 2001). Se han publicado otras directrices para orientar el uso del modelo en la investigación enfermera (Louis et al., 2011).

En la cuarta edición de *The Neuman Systems Model*, Fawcett y Giangrande (2002) presentaron una revisión integrada de 200 informes de investigación sobre el uso del modelo publicados hasta 1997. Skalski et al. (2006) informaron sobre una revisión de 87 estudios basados en el modelo de sistemas de Neuman para identificar y clasificar los factores estresantes del sistema del paciente. Ejemplos recientes de estudios cuantitativos incluyen las relaciones entre el estrés, la aculturación y los resultados del parto (Chaponniere, 2016), la intervención de grupos de apoyo a los cuidadores (Barutcu y Mert, 2016) las relaciones entre los roles, el estrés y la obesidad (Manister y Gigliotti, 2016) y la intervención psicoeducativa en personas deprimidas (Başoğlu y Buldukoğlu, 2020). Algunos ejemplos de estudios cualitativos incluyen un estudio para explorar la respuesta de los gerentes de enfermería a la escasez de personal (Raju, 2017) y la curación espiritual después del maltrato infantil (Willis et al., 2015).

Los estudiantes de posgrado utilizan el modelo para la investigación y la elaboración de las tesis doctorales. Algunos ejemplos recientes son el perdón y el bienestar psicológico de los hombres adultos que han sobrevivido a abusos sexuales en la infancia (Niemi, 2016), la enseñanza perioperatoria para pacientes sometidos a cirugías a corazón abierto (Alshvang, 2018), el estigma asociado a los cuidados de pacientes con VIH/SIDA (Jones, 2020) y la relación entre las vitaminas del grupo B y la sintomatología del lupus eritematoso sistémico (Warner, 2018).

En ediciones anteriores de este libro se recogieron los primeros estudios de investigación que utilizaban el modelo de sistemas de Neuman, algunos de los cuales figuran en la bibliografía al final del capítulo.

El Biennial Neuman Systems Model Symposium ofrece un rico foro para la presentación de investigaciones, tanto terminadas como en curso. En sus ediciones decimosexta (2017) y decimoséptima (2019), enfermeras de EE. UU., Bélgica y Países Bajos hablaron sobre numerosos estudios que emplean el modelo. Los trabajos presentados en el decimosexto simposio incluyeron una aplicación móvil para la educación en la espiritualidad (Pol-Roorda, 2017), el autocuidado del personal de enfermería (Barnes, 2017) y los estándares de educación en el cuidado de la persona (van Leeuwen y Jukema, 2018). Las investigaciones presentadas en el decimoséptimo simposio incluyeron el impacto de la aculturación en la comunicación sexual entre madre e hija (Kim, 2019), el estado de salud percibido en la esclerosis múltiple (George, 2019), los efectos de la mediación del apoyo social en la relación entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el funcionamiento familiar entre mujeres veteranas (Nwosu, 2019) y la transición de los adolescentes a la edad adulta (Bemker y Ralyea, 2019). Los proyectos de investigación presentados en simposios anteriores (1993-2007) se citan en el capítulo sobre Neuman de las ediciones previas de este libro.

El modelo de sistemas de Neuman se utiliza ampliamente en la práctica y la educación y para proporcionar el marco conceptual de los proyectos de investigación en EE. UU. y en otros países. La aceptación de este modelo por parte de la comunidad de enfermería es claramente evidente.

EVOLUCIÓN

Cuando se publicó por primera vez, se consideró que el modelo de sistemas de Neuman se encontraba en una etapa muy inicial de desarrollo de la teoría (Walker y Avant, 1983). Aunque el diagrama en sí no ha cambiado, el modelo se ha perfeccionado a partir de su uso y se ha desarrollado en publicaciones posteriores.

Para establecer la plena credibilidad del modelo es preciso ampliar el desarrollo y comprobar la teoría de nivel medio con él. Neuman y Koertvelyessy identificaron dos teorías generadas a partir del modelo: 1) la teoría de la estabilidad óptima del sistema del paciente, y 2) la teoría de la prevención como intervención (Fawcett, 1995b). Gigliotti (2011) señala otras teorías de nivel medio derivadas del modelo de sistemas de Neuman, como la teoría de la vulnerabilidad de los adolescentes a las conductas de riesgo, la teoría del bienestar, la teoría del estrés del rol materno y la teoría de la toma de decisiones en diálisis.

El Neuman Systems Model Trustee Group se creó en 1988 para preservar, proteger y perpetuar la integridad del modelo para el futuro de la enfermería (Neuman, 2011d). El Neuman Systems Model Research Institute se ha organizado

para elaborar y probar teorías de nivel medio derivadas del modelo. El trabajo preliminar que se ha completado comprende el ensamblaje de recursos, la identificación de conceptos y las relaciones entre ellos, y la síntesis de las investigaciones existentes basadas en conceptos del modelo de sistemas de Neuman (Gigliotti, 2003). El Research Institute ofrece subvenciones y becas a los investigadores que lo merecen en un esfuerzo por promover el uso del modelo y trabajar en la generación de teorías de nivel medio a partir del modelo, y también ofrece servicios de consultoría en relación con el uso del modelo en la investigación en enfermería (Gigliotti, 2011).

CRÍTICA

Neuman desarrolló un modelo conceptual integral que opera-tiviza conceptos de sistemas que son relevantes para la amplitud de los fenómenos de enfermería. La perspectiva integral del modelo permite una gran creatividad en su uso por parte de las enfermeras y otros profesionales sanitarios.

Claridad

Neuman presenta conceptos abstractos que resultan familiares para las enfermeras. Los conceptos esenciales del modelo (paciente, entorno, salud y enfermería) son coherentes con los conocimientos tradicionales del metaparadigma de la enfermería. Los conceptos que Neuman define y los que toma de otras disciplinas se utilizan de forma coherente en todo el modelo. Las críticas sobre la falta de claridad, que exigen una definición más completa de los conceptos (August-Brady, 2000; Heyman y Wolfe, 2000), fueron respondidas en ediciones posteriores de Neuman y Fawcett (2002, 2011).

Sencillez

Los conceptos del modelo están organizados de forma compleja pero sistemáticamente lógica. Entre los conceptos existen múltiples interrelaciones, y las variables se solapan hasta cierto punto. Las distinciones entre los conceptos tienden a difuminarse en varios puntos, pero, si estuvieran totalmente separados, podría perderse el significado teórico. Neuman afirmó que los conceptos pueden separarse para su análisis, para establecer objetivos específicos y para las intervenciones (Neuman, comunicación personal, 21 de junio, 1992). Este modelo puede utilizarse para explicar el estado de equilibrio dinámico del paciente y la reacción o posible reacción a los factores estresantes. El concepto de prevención como intervención puede utilizarse para describir o predecir el fenómeno de enfermería. Puesto que el modelo es complejo, no puede describirse como sencillo; no obstante, los profesionales de enfermería que lo utilizan creen que es fácil de comprender, y se utiliza en diferentes culturas y en ámbitos muy variados de la práctica. El uso del modelo se ve facilitado por el diagrama del modelo de sistemas de Neuman (v. fig. 16.1).

Generalidad

El modelo de sistemas de Neuman se ha utilizado en una gran variedad de situaciones de enfermería; es a la vez exhaustivo y adaptable. Algunos conceptos son amplios y representan el fenómeno del «paciente», que puede ser una persona o un sistema más grande. Otros conceptos están más definidos e identifican modos específicos de acción, como la prevención primaria. El amplio alcance sistemático del modelo hace que sea útil para las enfermeras y otros profesionales sanitarios que trabajan con individuos, familias, grupos o comunidades en el entorno de la asistencia sanitaria.

Además de las enfermeras, otros profesionales de la salud utilizan el modelo como marco para la atención, porque su perspectiva integral da cabida a diversos enfoques para la evaluación y el cuidado del paciente. Su abordaje de sistemas y su énfasis en implicar al paciente como participante activo se adaptan muy bien a los valores contemporáneos de la atención sanitaria, como la prevención y la gestión interdisciplinaria de los cuidados.

Accesibilidad

El modelo ha sido probado y se utiliza ampliamente para guiar la investigación enfermera. Los primeros trabajos (Hoffman, 1982; Louis y Koertvelyessy, 1989) proporcionaron la documentación inicial de apoyo empírico. Las pruebas y el perfeccionamiento continuos a través del trabajo del Research Institute y de los investigadores en enfermería independientes aumentan la precisión empírica del modelo a medida que se sigue investigando y se sintetizan los hallazgos de múltiples estudios (Gigliotti, 1999, 2003, 2007, 2011; Skalski et al., 2006).

Importancia

El modelo conceptual de Neuman incluye directrices dirigidas a los profesionales de enfermería para la evaluación del sistema del paciente, el uso del proceso de enfermería y la aplicación de intervenciones preventivas, que son importantes para la prestación de cuidados. El enfoque en la prevención primaria y el cuidado interdisciplinario es una idea futurista y mejora la calidad del cuidado. El proceso de enfermería de Neuman cumple los preceptos sanitarios actuales al implicar al paciente activamente en la negociación de los objetivos de los cuidados de enfermería (Neuman, 2011b).

Una característica importante del modelo es su potencial para generar teorías de enfermería, por ejemplo, las teorías de la estabilidad óptima del paciente y la prevención como intervención (Fawcett, 1995a). Los conceptos del modelo son muy aplicables por parte de los profesionales de la salud en el siglo XXI. Según Fawcett (1989, 1995b), el modelo responde a las consideraciones sociales de congruencia, importancia y utilidad. Es amplio y está basado en sistemas. Se presta bien a un abordaje completo para que los profesionales de enfermería evalúen las pruebas y respondan a las necesidades rápidamente cambiantes de la atención sanitaria en el mundo.

RESUMEN

El modelo de sistemas de Neuman deriva de la teoría general de sistemas, centrándose en el paciente como sistema, como individuo, familia, grupo o comunidad, y en las respuestas del paciente a los factores estresantes. El sistema del paciente comprende cinco variables –fisiológica, psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual– y se conceptualiza como un núcleo interno (recursos energéticos básicos) rodeado de círculos concéntricos que comprenden las líneas de resistencia, una línea normal de defensa y una línea flexible de defensa. Cada una de las cinco variables se considera en cada uno de los círculos concéntricos. Los factores estresantes son estímulos que producen tensión que pueden ser intra-, inter- o extrapersonales.

El modelo propone tres niveles de intervenciones de enfermería (prevención primaria, prevención secundaria, prevención

terciaria) basados en el concepto de niveles de prevención de Caplan (1964). El propósito de la prevención como intervención es conseguir el nivel máximo posible de estabilidad del sistema del paciente. Neuman propone un formato para el proceso de enfermería en el que el paciente, como receptor de los cuidados, participe activamente con el profesional de enfermería como cuidador para establecer los objetivos y seleccionar las intervenciones.

Este modelo ha sido bien aceptado por la comunidad de enfermería y se utiliza en la administración, la práctica, la formación y la investigación. El Neuman Systems Model Trustees Group participa activamente en la protección de la integridad del modelo y en el avance de su desarrollo. Se ha creado el Neuman Systems Model Research Institute, y está trabajando para generar y comprobar teorías de nivel medio basadas en el modelo.

CASO CLÍNICO

Personas y familia como usuarios

Eliza Jefferies es una mujer de 40 años que ha enviado recientemente; es madre de dos hijos y sus padres ancianos viven en el sureste de EE. UU. Ella y sus hijos se han trasladado hace poco desde un vecindario urbano a una localidad rural para atender a sus padres, Luther y Opal. El traslado obligó a Eliza a cambiar de trabajo, y para los niños supuso un cambio de colegio y una mayor distancia al domicilio de la familia de su padre fallecido. La hija mayor de Eliza tiene 6 años de edad y recientemente se le ha diagnosticado un trastorno del espectro autista y dislexia. El hijo pequeño es un niño de 2 años con asma alérgica, una afección que, ha sido difícil de controlar desde el traslado. Luther es un ministro metodista de 76 años de edad que hace poco sufrió un accidente cerebrovascular que le produjo una disminución de la función motora en el lado izquierdo y disfagia. Opal tiene 72 años y sufre artritis reumatoide, que limita su capacidad para atender las necesidades diarias de su esposo. Opal ha percibido un aumento generalizado del dolor y la rigidez articular, dificultad para dormir y empeoramiento de la fatiga desde el accidente cerebrovascular de su esposo.

Utilice el modelo de sistemas de Neuman como marco conceptual para responder a lo siguiente:

- Describa a la familia Jefferies como un sistema de paciente utilizando cada una de las cinco variables.
- ¿Qué factores estresantes reales y potenciales amenazan a la familia? ¿Qué factores estresantes son positivos y cuáles negativos? Separe los factores de estrés reales y potenciales que amenazan a cada miembro de la familia. ¿Qué factores estresantes son positivos y cuáles negativos?
- ¿Qué otros datos de la evaluación de enfermería son necesarios, teniendo en cuenta los diagnósticos médicos de Luther? ¿Qué otros datos serían útiles para los diagnósticos médicos de Opal? ¿Y para cada uno de los niños?
- ¿Qué niveles de intervención preventiva son adecuados para la familia Jefferies? Proponga posibles intervenciones de prevención para cada miembro de la familia.
- Identifique sus prioridades de enfermería si estuviera prestando cuidados a esta familia.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Comunidad como paciente

Seleccione una organización que conozca y que se considere una comunidad, en el sentido de que existan interacciones cara a cara y que comparta un conjunto de intereses o valores. Podría ser una iglesia, una organización donde trabaje o un grupo cívico. Utilice el modelo de sistemas de Neuman como marco para analizar la organización como comunidad-paciente y para respaldar la planificación organizativa, de la siguiente forma:

1. ¿Cuál es la estructura básica (núcleo)? ¿Qué factores de las líneas de resistencia apoyan el *statu quo*? ¿Qué factores de

las líneas de defensa apoyan el buen funcionamiento de la organización?

2. ¿Qué factores estresantes, reales o potenciales, pueden alterar la organización como sistema y provocar un cambio?
3. Si las percepciones de los objetivos por parte de los miembros y los líderes difieren, ¿cómo pueden resolverse las diferencias para establecer objetivos mutuos que sean beneficiosos para la organización?
4. ¿Qué estrategias de prevención como intervención apoyarían a la organización para que los cambios tuvieran éxito?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Flaherty, K. (2014). Neuman systems model in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization and application* (5th ed., pp. 200–221). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Página web de la organización Neuman System. <http://www.neumansystemsmodel.org>.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2012). Thoughts about the Neuman systems model: A dialogue. *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 374–376.
- Los Neuman Archives conservan y protegen las obras relacionadas con el modelo. Se guardan en la Neumann College Library en Aston, Pensilvania.
- Neuman, B. *Nursing theorists: Portraits of excellence*, (Vol. I). Athens, OH: Fitne, Inc.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (2014). Introduction to nursing theory: History, terminology and analysis. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (8th ed., pp. 2–13). St. Louis: Mosby.
- Alshvang, S. (2018). *Preoperative nurses' teaching for open heart surgery patients*. Doctoral dissertation Walden University. Walden Dissertations and Doctoral Studies. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/4587>
- Anderson, E., McFarland, J., & Helton, A. (1986). Community-as-client: A model for practice. *Nursing Outlook*, 34(5), 220–224.
- Aronowitz, T., & Fawcett, J. (2016). Thoughts about social issues. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 173–176.
- Arreguy-Sena, C., Carnevale de Souza, L., Alvarenga-Martins, N., de Oliveira Marques, T., Krempser, P., Muniz Braga, L., et al. (2018). Construction and validation of forms: Systematization of the care of people under hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 379–390. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0130>.
- August-Brady, M. (2000). Prevention as intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1304–1308.
- Barnes, A. (2017, June). *NSM applied with staff on self-care, [Conference presentation]*. The 16th Biennial Neuman Systems Model Symposium, Utrecht, the Netherlands.
- Barutcu, C. D., & Mert, H. (2016). Effect of support group intervention applied to the caregivers of individuals with heart failure on caregiver outcomes. *Holistic Nursing Practice*, 30(5), 272–282.
- Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2020). Neuman Systems Model with depressed patients: A randomized controlled trial. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 148–158. <https://doi.org/10.1177/0894318419898172>.
- Beckman, S., & Fawcett, J. (2017). *The Neuman systems model: Celebrating academic-practice partnerships*. Fort Wayne, IN: Neuman Systems Model Trustees Group.
- Bemker, M., & Ralyea, T. (2019, June 21). *Adolescent high-risk factors: A community intervention model to support health transition to adulthood* [Conference presentation], *The 17th Biennial Neuman Systems Model Symposium*, Canton, OH.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York: George Braziller.
- Breckenridge, D. (2017). The Neuman Systems Model practice center. In S. Beckman, & J. Fawcett (Eds.), *Neuman systems model: Celebrating academic-practice partnerships* (pp. 264–265). Fort Wayne, IN: Neuman Systems Model Trustees Group.
- Cannon, S., & Fawcett, J. (2018). Correlates of psychological and physical health outcomes among African American caregiving daughters. *ABNF Journal*, 29(3), 86–97.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chapponiere, P. A. (2016). Acculturation, stress and birth outcomes in Mexican and Mexican American women. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing & Healthcare*, 6(1), 52.
- Davis, J. H. (2018). Buffering the stress of programmatic accreditation. *Teaching & Learning in Nursing*, 13(1), 14–17. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.08.001>.
- DeMarco, R. F., Fawcett, J., & Mazzawi, J. (2018). Covert incivility: Challenges as a challenge in the nursing academic workplace. *Journal of Professional Nursing*, 34(4), 253–258.
- Demir, G. (2018). The impact of Neuman Systems Model in reducing the care burden on primary caregivers of dementia patients. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1849–1858.
- Demir, G., & Platin, N. (2017). Impact of Neuman Systems Model in reducing care burden primary caregivers of patients with dementia. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 393.
- Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2nd ed.) pp. 172–177. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (1995a). Constructing conceptual-theoretical-empirical structures for research. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (3rd ed., pp. 459–471). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Fawcett, J. (1995b). *Neuman's systems model: Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.) pp. 217–275. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2001). Scholarly dialogue. The nurse theorists: 21st-century updates—Betty Neuman. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 211–214.
- Fawcett, J., & Giangrande, S. (2002). The Neuman systems model and research: An integrative review. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 120–149). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Freese, B. T., Russell, J., Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). Neuman systems model-based practice: Guidelines and practice tools. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The*

- Neuman systems model (pp. 136–152). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- George, M. J. (2019, June 21). *Perceived health status in multiple sclerosis: Quantitative analysis of the NSM concept of reconstitution* [Conference presentation], *The 17th Biennial Neuman Systems Model Symposium*, Canton, OH.
- Gigliotti, E. (1999). Women's multiple role stress: Testing Neuman's flexible line of defense. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 36–44.
- Gigliotti, E. (2003). The Neuman systems model institute: Testing middle-range theories. *Nursing Science Quarterly*, 16(3), 201–206.
- Gigliotti, E. (2007). Improving external and internal validity of a model of midlife women's maternal-student role stress. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 161–170.
- Gigliotti, E. (2011). Deriving middle-range theories from the Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 283–298). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Green-Laughlin, D. (2017). Example of the Neuman systems model in online teaching of RN-BS students. In S. Beckman, & J. Fawcett (Eds.), *Neuman systems model: Celebrating academic-practice partnerships* (pp. 25–26). Fort Wayne, IN: Neuman Systems Model Trustees Group.
- Haozous, E. A. (2016). Cancer journey for American Indians and Alaska Natives in the Pacific northwest. *Oncology Nursing Forum*, 43(5), 625–635.
- Heyman, P., & Wolfe, S. (2000). *Neuman systems model*: University of Florida. <http://www.patheyman.com/essays/neuman/criticisms.htm>.
- Hoffman, M. K. (1982). From model to theory construction: An analysis of the Neuman health-care system model. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice* (pp. 44–54). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- İnan, F.Ş., & Üstün, B. (2018). Experiences of Turkish survivors of breast cancer: Neuman systems model perspective. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(4), 466–477. <https://doi.org/10.1111/jjns.12129>.
- Jones, M. L. (2020). *Perceptions of rural community-based nurses and perceived stigma related to HIV/AIDS: A mixed-methods study*: Hampton University Dissertation Abstracts International Publication No. DAI-A 81/11(E. Doctoral dissertation.
- Kim, B. R. (2019). *Employing Neuman systems model to examine impact of acculturation on Asian American mother-daughter sexual communication* [Conference presentation]. In , *The 17th Biennial Neuman Systems Model Symposium*.
- Lee, A., Myers, L. M., & Lawson, T. G. (2017). International service learning. In S. Beckman, & J. Fawcett (Eds.), *Neuman Systems Model: Celebrating academic-practice partnerships* (pp. 267–269). Fort Wayne, IN: Neuman Systems Model Trustees Group.
- Louis, M., Gigliotti, E., Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). Neuman systems model-based research: Guidelines and research instruments. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 160–174). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Louis, M., & Koertvelyessy, A. (1989). The Neuman model in research. In B. Neuman (Ed.), *The Neuman systems model* (2nd ed., pp. 93–114). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Lowry, L. W. (2002). The Neuman systems model and education: An integrative review. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 216–237). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Manister, N., & Gigliotti, E. (2016). Emotional eating mediates the relationship between role stress and obesity in clergy. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 136–145.
- Markani, A. K., Yaghmaei, F., & Khodayari Fard, M. (2018). Relationship between oncology nurses' spiritual wellbeing with their attitudes towards spiritual care providing based on Neuman System Model: Evidences from Iran. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113–118. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.018>.
- McClure, M., & Gigliotti, E. (2012). A medieval metaphor to aid in the use of the Neuman systems model in simulation debriefing. *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 318–324.
- McDowell, B. M. (2017). An example of teaching patient-centered care with children and families using a Neuman systems model pediatric assessment tool. In S. Beckman, & J. Fawcett (Eds.), *Neuman systems model: Celebrating academic-practice partnerships* (pp. 96–98). Fort Wayne, IN: Neuman Systems Model Trustees Group.
- Neuman, B. (1974). The Betty Neuman health care systems model: A total person approach to patient problems. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 119–134). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Neuman, B. (2002). The Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 3–34). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Neuman, B. (2002). The Neuman systems model definitions. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 322–324). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Neuman, B. (2011a). Assessment and intervention based on the Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 338–350). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. (2011b). The Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 3–33). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. (2011c). The Neuman systems model definitions. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 327–329). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. (2011d). Trustees of Neuman Systems Model International. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 355–358). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman systems model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

- Neuman, B., Deloughery, G. W., & Gebbie, M. (1971). *Consultation and community organization in community mental health nursing*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Neuman, B., Lowry, L., & Fawcett, J. (2011). Use of the Neuman systems model as a guide for nursing education. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 359–369). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. M., & Young, R. J. (1972). A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*, 21(3), 264–269.
- Newman, D. M. L., Gehrling, K. R., Lowry, L., Taylor, R., Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). Neuman systems model-based education for the health professions: Guidelines and educational tools. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 117–135). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Ngangana, P. C., Davis, B. L., Burns, D. P., McGee, Z. T., & Montgomery, A. J. (2016). Intra-family stressors among adult siblings sharing caregiving for parents. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 3169–3181.
- Niemi, C. (2016). *Forgiveness and psychological well-being of adult male survivors of childhood sexual abuse by Catholic priests*: Doctoral dissertation Azusa Pacific University ProQuest Dissertations & Theses Global. Publication No. 10167777.
- Nwosu, C. (2019, June 21). *Employing Neuman systems model to examine the mediation effect of social support on the relationship between PTSD and family functioning among women veterans* [Conference presentation]. *The 17th Biennial Neuman Systems Model Symposium, Canton, OH*.
- Oertle, S. (2016). Evaluating the effects of a physician-referred exercise program on cancer-related fatigue and quality of life among early cancer survivors. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, 7(2), 9.
- Parlak, E., Guvenc, G., & Iyigun, E. (2020). Care of peritoneal carcinomatosis patient according to Neuman Systems Model: Case report. *Journal of Education and Research in Nursing*, 17(1), 83–91.
- Perls, F. (1973). *The gestalt approach: Eye witness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Pluck, F. (2017). Example of an expertise center for challenging behavior. In S. Beckman, & J. Fawcett (Eds.), *Neuman systems model: Celebrating academic-practice partnerships* (pp. 96–98). Fort Wayne, IN: Neuman Systems Model Trustees Group.
- Pol-Roorda, F. (2017, June 16). *Mobile application for education in spirituality* [Conference presentation]. *The 16th Biennial Neuman Systems Model Symposium, Utrecht, the Netherlands*.
- Raju, R. D. (2017). *Nurse managers' responses to staff nurse shortages: A phenomenological study*: University of Phoenix ProQuest Dissertations and Theses Global. Publication No. 10277545. Doctoral dissertation.
- Russell, J. (2002). The Neuman systems model and clinical tools. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 61–73). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Shambaugh, B. F., Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *Guidelines for Neuman systems model-based administration of health care services*. In *The Neuman systems model* (pp. 153–159). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Sharma, C. (2018). An exploratory study on relapse cases of tuberculosis registered under the selected DOTS centers at District-Mohali, Punjab. *International Journal of Nursing Education*, 10(2), 15.
- Skalski, C. A., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 69–78.
- Soares Lima, L. H. de S., Meirelles Monteiro, E. M. L., de Lavor Coriolano, M. W., Pereira Linhares, F. M., & de Souza Cavalcanti, A. M. T. (2020). Family fortresses in Zika Congenital Syndrome according to Betty Neuman. *Fortalezas Familiares En El Síndrome Congénita Del Zika a La Luz de Betty Neuman. Associação Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1.
- Sullivan, C., King, A., Holdiness, J., Durrell, J., & Roberts, K. (2019). Oncology Nurses Forum. *Pittsburgh*, 46(3), 338–347.
- Torres, G. (1986). *Theoretical foundations of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Turner, S. B., & Kaylor, S. D. (2015). Neuman systems model as a conceptual framework for nurse resilience. *Nursing Science Quarterly*, 28(3), 213–217. <https://doi.org/10.1177/0894318415585620>.
- Ume-Nwagbo, P. N., Dewan, S. A., & Lowry, L. W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 31–35.
- van Leeuwen, R., & Jukema, J. S. (2018). The perceived learning experiences of undergraduate nursing students during a one-semester course on person-centred care. *International Practice Development Journal*, 8(1), 1.
- Walker, L. O., & Avant, K. (1983). *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Warner, S. A. (2018). *The relationships between B6, B9, and B12 with symptoms of systemic lupus erythematosus among adults in the United States*: Doctoral dissertation Azusa Pacific University ProQuest Dissertations & Theses Global. Publication No. 10928564.
- Willis, D. G., DeSanto-Madeya, S., Ross, R., Sheehan, D. L., & Fawcett, J. (2015). Spiritual healing in the aftermath of childhood maltreatment: Translating men's lived experiences utilizing nursing conceptual models and theory. *Advances in Nursing Science*, 38(3), 162–174.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Hinton Walker, P., & Neuman, B. (1996). *Blueprint for use of nursing models*. New York: National League for Nursing.
- Neuman, B. M., & Walker, P. H. (1996). *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration*. New York: National League for Nursing.

Capítulos de libros

- Neuman, B. (1983). Analysis and application of Neuman's health care model. In I. W. Clements, & F. B. Roberts (Eds.), *Family*

- health: A theoretical approach to nursing care (pp. 239–254). New York: Wiley. Analysis and application.
- Neuman, B. (1986). The Neuman systems model explanation: Its relevance to emerging trends toward wholism in nursing. In I. B. Engberg, & K. Kuld (Eds.), *Omvårdnad 1986*. Malmö: Sweden: Nursing care book. Omvårdnad's Forum HB.
- Neuman, B. (2002). Betty Neuman's autobiography and chronology of the development and utilization of the Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 325–346). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. (2002). The future and the Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 319–321). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. (2002). The Neuman Systems Model Trustees Group. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 360–363). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 3–33). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neuman, B., & Lowry, L. (2011). The Neuman systems model and the future. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 317–324). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Newman, D. M. L., Neuman, B., & Fawcett, J. (1997). *Guidelines for Neuman systems model-based education for the health professions*. 2002. In *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 193–215). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Artículos de revistas**
- Newman, D. M. L. (2005). A community nursing center for the health promotion of senior citizens based on the Neuman systems model. *Nursing Education Perspectives*, 26(4), 221–223.
- Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models to guide nursing research: The case of the Neuman systems' model. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 339–345.
- Neuman, B. (1985). The Neuman systems model: Its importance for nursing. *Senior Nurse*, 5(3), 20–23.
- Neuman, B. (1990). Health: A continuum based on the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 129–135.
- Neuman, B. (1996). The Neuman systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 67–70.
- Neuman, B. (1998). NDs should be future coordinators of health care [Letter to the Editor]. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30, 106.
- Neuman, B. (2000). Leadership-scholarship integration: Using the Neuman systems model for 21st century professional nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 60–63.
- Neuman, B., Chadwick, P.L., Beynon, C.E., Craig, D.M., Fawcett, J., & Chang, N.J., et al. The Neuman systems model: Reflections and projections. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 18–21.
- Neuman, B., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1974). Teaching organizational concepts to nurses in community mental health. *Journal of Nursing Education*, 13(1), 8–14.
- Neuman, B. M., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1970). Changes in problem solving ability among nurses receiving mental health consultation: A pilot study. *Communicating Nursing Research*, 3, 41–52.
- Neuman, B. M., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1970). Levels of utilization: Nursing specialists in community mental health. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 8(1), 37–39.
- Neuman, B. M., Deloughery, G. W., & Gebbie, K. M. (1972). Mental health consultation as a means of improving problem solving ability in work groups: A pilot study. *Comparative Group Studies*, 3(1), 81–97.
- Neuman, B. M., & Martin, K. S. (1998). Neuman systems model and the Omaha system. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 8.
- Neuman, B., Newman, D. M. L., & Holder, P. (2000). Leadership-scholarship integration: Using the Neuman systems model for 21st-century professional nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 60–63.
- Neuman, B., & Reed, K. S. (2007). A Neuman systems model perspective on nursing in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 111–113.
- Neuman, B., & Wyatt, M. A. (1981). Prospects for change: Some evaluative reflections by faculty members from one articulated baccalaureate program. *Journal of Nursing Education*, 20(1), 40–46.
- Fuentes secundarias**
- Capítulos de libros**
- Amaya, M. A. (2002). The Neuman systems model and clinical practice: An integrative review 1974–2000. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 43–60). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., & Eichenaur, J. (1998). Critical thinking, the Neuman systems model, and associate degree education. In L. Lowry (Ed.), *The Neuman systems model and nursing education: Teaching strategies and outcomes* (pp. 53–58). Indianapolis: Center Nursing Press.
- Breckenridge, D. M. (2011). The Neuman systems model and evidence-based nursing practice. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 245–252). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Crawford, J. A., & Tarko, M. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing practice in Canada. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 90–110). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- de Kuiper, M. (2011). The created environment. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 100–104). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Fawcett, J. (2002). Neuman systems model bibliography. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 364–400). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Freese, B. T., & Lawson, T. G. (2011). Betty Neuman: Systems model. In M. R. Alligood, & A. Marriner Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work* (7th ed., pp. 309–334): Mosby Elsevier: St. Louis.

- Freiburger, O. A. (2011). Critical thinking. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 105–114). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Gehrling, K. R. (2011). Reconstitution. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 89–99). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Geib, K. (2010). Neuman system's model in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (4th ed., pp. 235–260). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Gigliotti, E., & Fawcett, J. (2002). The Neuman systems model and research instruments. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 150–175). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Jajic, A., Andrews, H., & Winson Jones, C. (2011). The client system as family, group, or community. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 70–88). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kinder, L., Napier, D., Rubertino, M., Surace, A., & Burkholder, J. (2011). Utilizing the Neuman systems model to maintain and enhance the health of a nursing service: Riverside Methodist Hospital. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 276–280). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (2011). Linking middle-range theories with the Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 299–313). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- McDowell, B. (2011). Using the Neuman systems model to guide pediatric nursing practice. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 223–236). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Merks, A., van Tilburg, C., & Lowry, L. (2011). Excellence in practice. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 364–368). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Munck, C. K., & Merks, A. (2002). Using the Neuman systems model to guide administration of nursing services in Holland: The case of Emergis, institute for mental health care. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 300–316). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Pothiban, L. (2002). Using the Neuman systems model to guide nursing research in Thailand. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 183–190). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Reed, K. S. (2002). The Neuman systems model and educational tools. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 238–243). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Sanders, N. F., & Kelley, J. A. (2002). The Neuman systems model and administration of nursing services: An integrative review. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (4th ed., pp. 271–287). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Tarko, M., & Helewka, A. (2011). The client system as an individual. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (pp. 37–69). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Artículos de revistas**
- Ahmadi, Z., & Sadeghi, T. (2017). Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal—Experimental, Translational and Clinical*, 3(3), Article 2055217317726798. <https://doi.org/10.1177/2055217317726798>.
- Akhlaghi, E., Babaei, S., & Abolhassani, S. (2020). Modifying stressors using Betty Neuman system modeling in coronary artery bypass graft: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Science*, 9(1), 13.
- Albdour, M., Hong, J. S., Zilioli, S., & Lumley, M. A. (2020). Self-reported physical and psychological symptoms among victims and perpetrators of bullying in Arab American adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 33(4), 201–208.
- Bloch, C. (2017). Hispanic nurses' knowledge of and approach to pain assessment and management. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 251.
- Block, M. (2017). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 280.
- Briggs, C. L., Lartey, G., & Eagle, S. (2020). Creating a safe space for nursing students' spiritual reflection. *Journal of Christian Nursing*, 37(3), 170.
- Choutko-Joaquim, S., Tacchini-Jacquier, N., Pralong D'Alessio, G., & Verloo, H. (2019). Associations between frailty and delirium among older patients admitted to an emergency department. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 9(2), 236.
- Couper, J. (2018). The struggle is real: Investigating the challenge of assigning a failing clinical grade. *Nursing Education Perspectives*, 39(3), 132–137.
- da Silva Papi Diniz, J., de Melo Batista, K., do Santos Luciano, L., Fioresi, M., Costa Amorim, M. H., & de Oliveira Bringuente, M. E. (2019). Nursing intervention based on Neuman's theory and mediated by an educational game. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(6), 600–607. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900084>.
- de Castro Santos, J., Arreguy-Sena, C., Ferreira Pinto, P., de Paiva Pereira, E., da Silva Alves, M., & Bolpato Loures, F. (2018). Social representation of elderly people on falls: Structural analysis and in the light of Neuman. [Representación Social de Ancianos Sobre Caídas: Análisis Estructural Ya La Luz de Neuman]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 851.
- Etchin, A. G., Fonda, J. R., McGlinchey, R. E., & Howard, E. P. (2020). Toward a system theory of stress, resilience, and reintegration. *Advances in Nursing Science*, 43(1), 75.
- Eun-Ok, I. M. (2018). Theory development strategies for middle-range theories. *Advances in Nursing Science*, 41(3), 275.
- Fawcett, J. (2017). Thoughts about nursing conceptual models and the "Medical Model. *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 77.
- Fawcett, J. (2019). Thoughts about the language of equity for population health. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 157.
- Fawcett, J., & Foust, J. B. (2017). Optimal aging: A Neuman systems model perspective. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 269–276. <https://doi.org/10.1177/0894318417708413>.

- Hanna, D. R. (2019). Nursing theory in a time of mistaken critics. *Research & Theory for Nursing Practice*, 33(1), 3.
- Hanna, D. R., & Gigliotti, E. (2017). Goodbye theory–practice gap: Highlighting the Neuman systems model. *Research & Theory for Nursing Practice*, 31(4), 318–320. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.31.4.318>.
- Herculano Pinto, R., Moreno Senna, S., Ribeiro de Vasconcelos, E. M., Pedrosa Leal, L., dos Santos, C. R., & Manoel de Sousa, S. (2018). Construction and validation of the instrument to evaluate stress in teachers. *Journal of Nursing UFPE /Revista de Enfermagem UFPE*, 12(9), 2283–2292. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a235121p2283-2292-2018>.
- Kaya, A., & Boz, İ. (2019). The development of the professional values model in nursing. *Nursing Ethics*, 26(3), 914.
- Lalani, N. (2019). Spiritual distress among novice nurses during role transition. *Nursing Practice Today*, 6(2), 49.
- Lytte, D., Montgomery, A. J., Davis, B. L., Burns, D., McGee, Z. T., & Fogel, J. (2018). An exploration using the Neuman Systems Model of risky sexual behaviors among African American college students: A brief report. *Journal of Cultural Diversity*, 25(4), 142–147.
- McDowell, L., & South, R. M. (2017). Christians' perceptions of receiving spiritual care in the Bible belt of the United States: A qualitative study of care provided in the healthcare setting. *Religions*, 8(7), 127.
- Miner, M. B., Stephens, K., Swanson-Biearman, B., Leone, V., & Whiteman, K. (2018). Enhancing cancer pain assessment and management in hospice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(5), 452.
- Parkman, S. (2020). Role captivity: A concept of constraining dimensions in dementia care. *Nursing Forum*, 55(2), 128–135. <https://doi.org/10.1111/nuf.12406>.
- Pluck, F., Ettema, R., & de Kuiper, M. (2018). Re-designing the integrated care program for asylum seekers in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 18, 1.
- Prapanjaroensin, A., Patrician, P. A., & Vance, D. E. (2017). Conservation of resources theory in nurse burnout and patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2558.
- Quinn, B. L. (2016). Using theory integration to explore complex health problems. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 235.
- Raulo, R. (2018). Assessing the knowledge and practices of nursing officers regarding care of ventilated patients at selected hospital in Guntur, Andhra Pradesh. *Nursing Journal of India*, 109(1), 16–18.
- Reardon, L. (2016). Nurse practitioner knowledge of and experienced barriers to high-risk colorectal cancer screenings. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 9(2), 229.
- Scott, B., & Turnham, N. (2019). The effectiveness of nonpharmacological modalities on quality of life and daily function in adults with chronic pain syndrome. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 12(1), 59.
- Şengün İnan, F., & Üstün, B. (2018). Home-based psychoeducational intervention for breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 41(3), 238–247. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000483>.
- Şengün İnan, F., & Üstün, B. (2019). Fear of recurrence in Turkish breast cancer survivors: A qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(2), 146.
- Sher-Pin Diana, O. N. G. (2017). Application of the Neuman's System Model to the management of paediatric case with gastroenteritis and type I diabetes mellitus. *Singapore Nursing Journal*, 44(2), 12–19.
- Stalter, A. M. (2018). Using systems thinking to envision quality and safety in healthcare. *Nursing Management*, 49(2), 32.
- Subrata, S. A., & Phuphaibul, R. (2019). A nursing metaparadigm perspective of diabetic foot ulcer care. *British Journal of Nursing*, 28(6), S38.
- Sullivan, C. E., Crabtree, V. M., Baker, J. N., Brown, M., Sykes, A., Mandrell, B. N., et al. (2019). Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 46(3), 338–347.
- Sundeen, E., Powell, W., & Deuell, R. (2020). Leveraging the annual wellness visit to improve rural depression management. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 20(1), 6–31. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v20i1.602>.
- Vanaki, Z., & Rafiei, H. (2020). Application of Betty Neuman System Theory in management of pressure injury in patients following stroke. *MEDSURG Nursing*, 29(2), 129–133.
- Verberk, F., & Fawcett, J. (2017). Thoughts about created environment: A Neuman Systems Model concept. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 179–181. <https://doi.org/10.1177/0894318417693316>.
- Willis, D. G., & Leone-Sheehan, D. M. (2019). Spiritual knowing: Another pattern of knowing in the discipline. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 58.
- Wright, R., Roberson, K., Onsomu, E.O., Johnson, Y., Dearman, C., & Blackman Carr, L.T., et al. Examining the relationship between mindfulness, perceived stress, and blood pressure in African-American college students. *Journal of Best Practices in Health Professions Diversity: Education, Research & Policy*, 11(1), 13–30.



Sor Callista Roy
(1939-actualidad)

Sor Callista Roy: modelo de adaptación

Robin Harris*

«Dios se revela íntimamente en la diversidad de la creación y es el destino común de esta; las personas utilizan las capacidades creativas humanas de la conciencia, la iluminación y la fe, y son responsables del proceso de derivar, conservar y transformar el universo.»
(Roy, 2000, p. 127)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

La hermana Callista Roy, miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles, California. En 1963 se diplomó en Enfermería en el Mount Saint Mary's College de Los Ángeles, y en 1966 hizo un máster en enfermería en la University of California, Los Ángeles. Después de finalizar sus estudios de Enfermería, inició su formación en Sociología en la University of California, donde realizó un máster en 1973 y obtuvo un doctorado en 1977.

Mientras estudiaba para obtener la licenciatura, en un seminario se le pidió que desarrollase un modelo conceptual de enfermería junto con Dorothy E. Johnson. Cuando trabajaba como enfermera pediátrica, Roy observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad de adaptación en respuesta a cambios físicos y psicológicos importantes. Le impactó su nivel de adaptación como un marco conceptual adecuado para la enfermería. Roy desarrolló los conceptos básicos del modelo cuando aún estaba estudiando en la University of California, Los Ángeles, de 1964 a 1966. Empezó a aplicar su modelo en 1968, cuando el Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como base filosófica para el plan de estudios de enfermería. El modelo de adaptación de Roy se presentó por primera vez en un artículo

publicado en *Nursing Outlook* en 1970 titulado «Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing» (Roy, 1970).

Roy fue profesora asociada y presidenta del Departamento de Enfermería del Mount Saint Mary's College hasta 1982. En 1983 ascendió a la categoría de profesora en el Mount Saint Mary's College y en la University of Portland, Oregón. Colaboró e impartió clases en un curso de verano de máster en la University of Portland. De 1983 a 1985 obtuvo una beca Robert Wood Johnson de posdoctorado en la University of California, San Francisco, como investigadora de enfermería clínica en neurociencia. Durante este periodo llevó a cabo una investigación sobre las intervenciones de los profesionales de enfermería para la recuperación cognitiva en casos de lesiones cerebrales y sobre la influencia de los modelos de enfermería en la toma de decisiones clínicas. En 1987 ocupó el puesto de enfermera teórica, entonces de reciente creación, en el Boston College School of Nursing.

Roy ha publicado muchos libros, capítulos y artículos periódicamente, además de impartir numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación en enfermería (Roy y Andrews, 1991). En su libro de 1999 *The Roy Adaptation Model* (Roy y Andrews, 1999) se perfecciona y reformula el modelo de adaptación de Roy.

Roy es miembro de Sigma Theta Tau y en 1981 recibió el Premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards. Sus logros incluyen un doctorado *honoris causa* en Letras por el Alverno College (1984), sendos doctorados *honoris causa* por la Eastern Michigan University (1985) y por el St. Joseph's College en Maine (1999), y un Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing*

*Autores anteriores: Robin F. Harris, Kenneth D. Phillips, Carolyn L. Blue, Karen M. Brubaker, Julia M. B. Fine, Martha J. Kirsch, Katherine R. Papazian, Cynthia M. Riester y Mary Ann Sobiech. Los autores desean expresar su agradecimiento a la Hermana Callista Roy por la revisión del capítulo.

por su obra *Essentials of the Roy Adaptation Model* (Andrews y Roy, 1986). Roy ha sido reconocida en las listas World Who's Who of Women (1979) y Personalities of America (1978), es miembro de la American Academy of Nursing desde 1978, recibió un premio Fulbright Senior Scholar de la Australian-American Educational Foundation (1989), y un premio Martha Rogers Award for Advancing Nursing Science de la National League for Nursing (1991). Roy también recibió el Premio Outstanding Alumna y la prestigiosa Medalla Carondelet de su *alma mater*, Mount Saint Mary's. La American Academy of Nursing la honró por sus extraordinarios logros a lo largo de su vida reconociéndola como Leyenda Viva (2007).

FUENTES TEÓRICAS

El origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería incluye una cita del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que se extendía a las ciencias sociales y del comportamiento (Roy, 1984). En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas adaptativas son una función del estímulo entrante y del nivel de adaptación (Roy, 1984). Un estímulo es cualquier factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden provenir del entorno interno o externo (Roy, 1984). El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinado de tres tipos de estímulos:

1. Los **estímulos focales** son los que se enfrentan inmediatamente al individuo.
2. Los **estímulos contextuales** son todos los demás estímulos presentes que contribuyen al efecto del estímulo focal.
3. Los **estímulos residuales** son factores del entorno cuyos efectos no están claros en una situación determinada.

El trabajo de Helson desarrolló el concepto de zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder positivamente a los cambios del entorno (Roy y Roberts, 1981).

Roy (Roy y Roberts, 1981) combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema de Rapoport, que veía a la persona como un sistema adaptativo. Con la teoría de la adaptación de Helson como base, Roy (1970) desarrolló y perfeccionó el modelo con los conceptos y teorías de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye. Roy (1971) otorgó un reconocimiento especial a sus coautoras; a Driever, por haber señalado las subdivisiones de la autointegridad, y a Martínez y Sato, por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir. También elaboraron los conceptos otros colaboradores. Poush-Tedrow y Van Landingham hicieron contribuciones al modo de interdependencia, y Randell contribuyó al modo de la función del rol.

Tras desarrollar su modelo, Roy lo presentó como un marco para la práctica, la investigación y la formación en enfermería. Roy (1971) reconoció que más de 1.500 profesores y estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico del modelo de adaptación. Presentó el modelo como marco para los planes

de estudios ante un numeroso público en la Nurse Educator Conference de 1977 en Chicago (Roy, 1979). Y en 1987 se calculó que más de 100.000 profesionales de enfermería de EE. UU. y Canadá se habían formado para la práctica de su profesión utilizando el modelo de Roy.

En *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*, Roy (1976a) habló de los modos de autoconcepto y de identidad de grupo. Ella y sus colaboradores citaron el trabajo de Coombs y Snygg sobre la autoconcordancia y los principales factores que influyen en el autoconcepto (Roy, 1984). También se citaron teorías de interacción social para aportar una base teórica. Por ejemplo, Roy (1984) señala que Cooley (1902) teoriza que la autopercepción se ve influida por las percepciones de las respuestas de los demás, lo que se denomina el «yo especular». Señala que Mead amplía la idea al formular una hipótesis en que la autovaloración hace referencia al otro generalizado. Roy se basa en la sugerencia de Sullivan de que el yo surge de la interacción social (Roy, 1984). Gardner y Erickson apoyan los enfoques del desarrollo de Roy (Roy, 1984). Los otros modos de adaptación (fisiológico-físico, función del rol e interdependencia) se elaboraron de forma similar a la biología y las ciencias de la conducta para conocer mejor al individuo.

El modelo se siguió desarrollando a finales del siglo XX y durante el siglo XXI. Estos avances consisten en afirmaciones científicas y filosóficas actualizadas; una redefinición de la adaptación y de los niveles de adaptación; la ampliación de los modos de adaptación al desarrollo de conocimientos a nivel del grupo, y el análisis, la crítica y la síntesis de los primeros 25 años de investigación basada en el modelo de adaptación de Roy. Roy coincide con otros teóricos que creen que los cambios en los sistemas persona-entorno en la Tierra son tan amplios que una época importante está llegando a su fin (Davies, 1988; De Chardin, 1966). La era cenozoica, la era de los mamíferos, se extendió durante 67 millones de años y fue un tiempo de gran creatividad, en el que apareció la vida humana en la Tierra. Durante esta época, la humanidad tenía poca o ninguna influencia sobre el universo (Roy, 1997). «Cuando esta era finalizó, la especie humana ya tenía un amplio control sobre el sistema de vida terrestre. Roy afirma que ahora estamos en la posición de decidir qué tipo de universo habitaremos» (Roy, 1997, p. 42). Roy «ha convertido en el centro de atención de las suposiciones para el siglo XXI la autoorganización mutua y compleja de la persona y su entorno, y un destino significativo de convergencia del universo, las personas y el entorno en lo que puede considerarse un ser supremo o Dios» (Roy y Andrews, 1999, p. 395). Según Roy (1997), «las personas son coextensivas con su entorno físico y social» (p. 43) y «comparten un destino con el universo y son responsables de transformaciones mutuas» (Roy y Andrews, 1999, p. 395). Los avances del modelo vinculados con la relación integral entre la persona y el entorno se han visto influidos por la ley de la complejidad progresiva y la conciencia creciente de Pierre Teilhard De Chardin (De Chardin, 1959, 1965, 1966, 1969) y por el trabajo de Swimme y Berry (1992).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Desde estos comienzos, el modelo de adaptación de Roy ha estado respaldado por la investigación sobre la práctica y en la formación (Brower y Baker, 1976; Farkas, 1981; Mastal y Hammond, 1980; Meleis, 1985, 2007; Roy, 1980; Roy y Obloy, 1978; Wagner, 1976). En 1999 (Roy y Andrews, 1999), un grupo de siete profesores que trabajaban con Roy realizaron un metaanálisis, una crítica y una síntesis de 163 estudios basados en el modelo de adaptación de Roy que habían sido publicados en 44 revistas en inglés de los cinco continentes y en tesis presentadas en EE. UU. De estos 163 estudios, 116 cumplían los criterios establecidos para evaluar las propuestas del modelo. Se extrajeron 12 propuestas genéricas basadas en el trabajo inicial de Roy. Con el fin de sintetizar la investigación, los resultados de cada estudio se usaron para plantear propuestas auxiliares y prácticas, y se examinó la base de las propuestas. De las 265 propuestas evaluadas, se apoyaron 216 (82%). Roy (2011a) presentó una revisión exhaustiva de las investigaciones basadas en el modelo de adaptación de los últimos 25 años en *Nursing Science Quarterly*. La publicación completa está dedicada a rendir un homenaje a Callista Roy y al trabajo de toda su vida.

Estímulos focales

El **estímulo focal** es «el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

Estímulos contextuales

Los **estímulos contextuales** «son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal» (Roy y Andrews, 1999, p. 31); es decir, «los

estímulos contextuales son todos los factores del entorno que se presentan a la persona desde dentro o desde fuera, pero que no son el centro de atención y/o de la energía de la persona» (Andrews y Roy, 1991, p. 9).

Estímulos residuales

Los **estímulos residuales** «son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano con efectos poco definidos en la situación actual» (Roy y Andrews, 1999, p. 32).

Procesos de afrontamiento

Los **procesos de afrontamiento** «son formas innatas o adquiridas de interactuar con el entorno cambiante» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

Mecanismos de afrontamiento innatos

Los **mecanismos de afrontamiento innatos** «están determinados genéticamente o son comunes a las especies y generalmente se consideran procesos automáticos; los seres humanos no tienen ni que pensar en ellos» (Roy y Andrews, 1999, p. 46).

Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Los **mecanismos de afrontamiento adquiridos** «se desarrollan mediante estrategias como el aprendizaje. Las experiencias de la vida contribuyen a las respuestas habituales a determinados estímulos» (Roy y Andrews, 1999, p. 46).

Subsistema regulador

El **subsistema regulador** es «un importante proceso de afrontamiento en el que intervienen los sistemas neural, químico y endocrino» (Roy y Andrews, 1999, p. 32).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Sistema

Un **sistema** es «un conjunto de partes conectadas para funcionar como un todo con algún propósito y en virtud de la interdependencia de sus partes» (Roy y Andrews, 1999, p. 32). Además de contar con integridad y partes relacionadas, «los sistemas también tienen entradas, salidas y procesos de control y retroalimentación» (Andrews y Roy, 1991, p. 7).

Nivel de adaptación

«El **nivel de adaptación** representa la condición de los procesos vitales descritos en tres niveles como integrado, compensatorio y comprometido» (Roy y Andrews, 1999, p. 30). El nivel de adaptación de una persona es «un punto constantemente cambiante, compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, que representan el estándar propio de la persona de la gama de estímulos a los que puede

responder con respuestas adaptativas ordinarias» (Roy, 1984, pp. 27-28).

Problemas de adaptación

Los **problemas de adaptación** son «amplias áreas de interés relacionadas con la adaptación. Describen las dificultades relacionadas con los indicadores de adaptación positiva» (Roy y Andrews, 1999, p. 65). Roy (1984) afirma lo siguiente: «Cabe señalar en este punto que la distinción que se hace entre los problemas de adaptación y los diagnósticos de enfermería se basa en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos de enfermería, sino como áreas de interés para los profesionales de enfermería en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación)» (pp. 89-90).

Subsistema relacionador

El subsistema relacionador es «un importante proceso de afrontamiento en el que intervienen cuatro canales cognitivo-emotivos: el procesamiento perceptivo y de la información, el aprendizaje, el juicio y la emoción» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

Respuestas de adaptación

Las **respuestas de adaptación** son aquellas «que promueven la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

Respuestas ineficaces

Las **respuestas ineficaces** son aquellas «que no contribuyen a la integridad en términos de los objetivos del sistema humano» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

Proceso vital integrado

El **proceso vital integrado** se refiere al «nivel de adaptación en el que las estructuras y funciones de un proceso vital trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas» (Roy y Andrews, 1999, p. 31).

Modo fisiológico-físico

El **modo fisiológico-físico** «se asocia con los procesos físicos y químicos que intervienen en la función y en las actividades de los organismos vivos» (Roy y Andrews, 1999, p. 102). En el modo fisiológico-físico se identifican cinco necesidades relativas a la necesidad básica de integridad fisiológica: 1) oxigenación; 2) nutrición; 3) eliminación; 4) actividad y descanso, y 5) protección. Los procesos complejos que comprenden los sentidos, el equilibrio hídrico, electrolítico y acidobásico, la función neurológica y la función endocrina contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo fisiológico-físico es la integridad fisiológica (Roy y Andrews, 1999). El modo físico es «la forma en que el sistema de adaptación humano colectivo manifiesta la adaptación en relación con los recursos operativos básicos, los participantes, las instalaciones físicas y los recursos económicos» (Roy y Andrews, 1999, p. 104). La necesidad básica del modo físico es la integridad operativa.

Modo del autoconcepto-identidad de grupo

El **modo de autoconcepto-identidad de grupo** es uno de los tres modos psicosociales; «se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica que subyace al modo de autoconcepto individual ha sido identificada como la integridad psíquica y espiritual, o la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir con un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo» (Roy y Andrews, 1999, p. 107). «El autoconcepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos sobre uno mismo en un momento dado y se forma a partir de las percepciones internas y de las reacciones de los demás» (Roy y Andrews, 1999, p. 107). Sus

componentes son: 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y la imagen corporal, y 2) el yo personal, que está formado por la autoconherencia, el ideal de uno mismo o las expectativas, y el yo moral, ético y espiritual. El modo de identidad de grupo refleja «cómo las personas se perciben a sí mismas en los grupos según la retroalimentación del entorno. El modo de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la autoimagen del grupo, el entorno social y la cultura» (Roy y Andrews, 1999, p. 108). La necesidad básica del modo de identidad de grupo es la integridad de la identidad (Roy y Andrews, 1999).

Modo de función del rol

El **modo de función de rol** «es uno de los dos modos sociales y se centra en los roles que la persona desempeña en la sociedad. Un rol, como unidad de funcionamiento de la sociedad, se define como un conjunto de expectativas sobre cómo una persona que ocupa una posición se comporta con otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica que subyace al modo de función de rol se ha identificado como integridad social: la necesidad de saber quién es uno mismo en relación con los demás para poder actuar» (Hill y Roberts, 1981, pp. 109-110). Las personas desempeñan roles primarios, secundarios y terciarios. Estos roles se llevan a cabo a través de las conductas instrumental y expresiva. La conducta instrumental es «la ejecución física real de una conducta» (Andrews, 1991, p. 348). Las conductas expresivas son «los sentimientos, actitudes, gustos o aversiones que una persona tiene hacia un rol o hacia el desempeño de un rol» (Andrews, 1991, p. 348).

«El rol primario determina la mayor parte de la conducta de una persona durante un periodo concreto de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo.»

(Andrews, 1991, p. 349)

«Los roles secundarios son aquellos que una persona asume para completar la tarea asociada a una etapa del desarrollo y al rol primario.»

(Andrews, 1991, p. 349)

«Los roles terciarios están relacionados principalmente con los roles secundarios y representan formas en las que los individuos cumplen con las obligaciones asociadas al rol... Los roles terciarios son normalmente de naturaleza temporal, elegidos libremente por el individuo, y pueden incluir actividades como clubes sociales o aficiones.»

(Andrews, 1991, p. 349)

Los roles principales que uno desempeña pueden analizarse imaginando una estructura en forma de árbol. El tronco del árbol es el rol primario de cada uno, o el nivel de desarrollo, como una mujer adulta con hijos. Los roles secundarios se ramifican a partir del rol primario; por ejemplo, esposa, madre

y maestra. Por último, los roles terciarios son ramas que salen de los roles secundarios (p. ej., el rol de una madre que ocupa el puesto de presidenta de la asociación de padres y profesores durante un tiempo determinado). Se considera que cada uno de estos roles se da en una relación diádica, es decir, con un rol recíproco (Roy y Andrews, 1999).

Modo de interdependencia

«El modo de interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (individual y colectivamente) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones de interdependencia suponen la voluntad y la capacidad de dar a los demás y aceptar de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como amor, respeto, valores, crianza, conocimientos, habilidades, responsabilidades, posesiones materiales, tiempo y talento.»

(Roy y Andrews, 1999, p. 111)

La necesidad básica de este modo se denomina *integridad relacional* (Roy y Andrews, 1999).

«Dos relaciones específicas son el foco del modo de interdependencia en lo que respecta a los individuos. La primera es con los otros individuos significativos, las personas más importantes para el individuo. La segunda es con los sistemas de apoyo, es decir, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia.»

(Roy y Andrews, 1999, p. 112)

Se han identificado dos grandes áreas en las conductas de interdependencia: las conductas receptiva y contributiva. Estas conductas se aplican, respectivamente, a «recibir y ofrecer amor,

respeto y valores en las relaciones interdependientes» (Roy y Andrews, 1999, p. 112).

Percepción

«La percepción es la interpretación de un estímulo y su apreciación consciente» (Pollock, 1993, p. 169). La percepción vincula al regulador con el relacionador y conecta los modos de adaptación (Rambo, 1983).

PRINCIPALES PREMISAS

Los supuestos derivados de la teoría de sistemas y de la teoría del nivel de adaptación se han combinado en un único conjunto de supuestos científicos. Según la teoría de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se consideran partes interactivas que actúan juntas con un fin. Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetas, y reaccionan ante millones de estímulos del entorno para conseguir la adaptación. Gracias a su capacidad de adaptación a los estímulos del entorno, los seres humanos tienen la capacidad de crear cambios en el entorno (Roy y Andrews, 1999). Seleccionando las características ofrecidas por Swimme y Berry (1992) de la creación de la espiritualidad, Roy combinó los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo afirma que las experiencias individuales y de la raza humana son esenciales para conocer y valorar, y que comparten el poder creativo. La verdad afirma la creencia en la finalidad, el valor y el significado de toda la vida humana. Estos supuestos científicos y filosóficos se han perfeccionado para el uso del modelo en el siglo XXI (cuadro 17.1).

CUADRO 17.1 Revisión básica de los supuestos para el uso de los conceptos en el siglo XXI

Supuestos científicos

- Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles superiores de autoorganización compleja.
- La conciencia y el significado son constitutivos de la integración de la persona y el entorno.
- La conciencia de uno mismo y del entorno está arraigada en el pensamiento y el sentimiento.
- Los seres humanos, con sus decisiones, son responsables de la integración de los procesos creativos.
- El pensamiento y el sentimiento median en la acción humana.
- Las relaciones del sistema incluyen la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales.

- Las transformaciones de las personas y del entorno se crean en la conciencia humana.
- La integración de los significados del ser humano y del entorno da lugar a la adaptación.

Supuestos filosóficos

- Las personas tienen relaciones mutuas con el mundo y con Dios.
- El significado de la existencia humana está arraigado en un punto de convergencia omega del universo.
- Dios se revela en última instancia en la diversidad de la creación y es el destino común de esta.
- Las personas utilizan las capacidades creativas humanas de conciencia, iluminación y fe.
- Las personas son responsables de los procesos de derivación, preservación y transformación del universo.

Tomado de Roy, S. C., y Andrews, H. A. (1998). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). New York, NY: Pearson Education, Inc. ©1998. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.

Adaptación

Roy ha definido con más detalle el concepto de adaptación para su uso en el siglo XXI (Roy y Andrews, 1999). Según Roy, la **adaptación** «se refiere al proceso y al resultado por los que las personas que piensan y sienten, como individuos o en grupos, son conscientes y optan por la integración del ser humano y su entorno» (Roy y Andrews, 1999, p. 30). Más allá de ser un sistema humano que simplemente se esfuerza para responder ante los estímulos del entorno con el fin de mantener su integridad, cada vida humana tiene una función en un universo creador, y las personas no se pueden separar de su entorno.

Enfermería

Roy define la **enfermería** en términos generales como una «profesión sanitaria que se centra en los procesos y patrones de la vida humana y hace hincapié en la promoción de la salud de los individuos, las familias, los grupos y la sociedad en su conjunto» (Roy y Andrews, 1999, p. 4). En concreto, Roy define la enfermería, de acuerdo con su modelo, como la ciencia y la práctica que amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación de la persona y del entorno. Identifica las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en esta evaluación y las intervenciones se planifican para gestionar los estímulos (Roy y Andrews, 1999). Diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería como disciplina práctica. La ciencia de la enfermería es «un sistema de conocimiento en desarrollo sobre las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos por los que las personas influyen positivamente en su estado de salud» (Roy, 1984, pp. 3-4). «La enfermería como disciplina práctica es el corpus de conocimientos científicos sobre enfermería que se utiliza para proporcionar un servicio esencial a las personas, es decir, promover la capacidad de influir positivamente en la salud» (Roy, 1984). «La enfermería actúa para mejorar la interacción de la persona con el entorno, para promover la adaptación» (Andrews y Roy, 1991, p. 20).

Según Roy, el objetivo de la enfermería es «promover la adaptación de individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos de adaptación, contribuyendo así a la salud, la calidad de vida y la muerte digna» (Roy y Andrews, 1999, p. 19). La enfermería desempeña un papel único, ya que facilita la adaptación al evaluar la conducta en cada uno de estos cuatro modos de adaptación y los factores que influyen en la adaptación, y al intervenir para promover las capacidades de adaptación y mejorar las interacciones con el entorno (Roy y Andrews, 1999).

Persona

Según Roy, los seres humanos son sistemas integrales y adaptativos. «Como todo sistema adaptable, el sistema humano se describe como un todo, con partes que actúan como una unidad con una finalidad concreta. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos o en grupos, que son las familias, las organizaciones, las comunidades y la sociedad en su conjunto» (Roy y Andrews, 1999, p. 31). A pesar de su gran

diversidad, todas las personas están unidas por un destino común (Roy y Andrews, 1999). «Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y sentir, arraigada en la conciencia y el significado, por lo que se ajustan de manera eficaz a los cambios del entorno y, a su vez, influyen en él» (Roy y Andrews, 1999, p. 36). Las personas y el mundo tienen patrones comunes y comparten relaciones y significado (Roy y Andrews, 1999). Roy (Roy y Andrews, 1999) definió a la persona como el foco principal de la enfermería, el receptor de los cuidados de enfermería, un sistema vivo, complejo y adaptativo con procesos internos (relacionador y regulador) que actúa para mantener la adaptación en los cuatro modos adaptativos (fisiológico, auto-concepto, función de rol e interdependencia).

Salud

«La salud es un estado y un proceso de ser y de convertirse en una persona integrada y completa. Es un reflejo de la adaptación, es decir, de la interacción entre la persona y su entorno» (Andrews y Roy, 1991, p. 21). Roy (1984) extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso de promoción de la integridad fisiológica, psicológica y social, y que la integridad implica un estado intacto que conduce a la plenitud o unidad. En sus primeros trabajos, Roy consideraba la salud como un continuo entre la muerte y un estado extremadamente malo de salud y un estado máximo de bienestar (Brower y Baker, 1976). A finales de la década de 1990, los escritos de Roy se centraron más en la salud como un proceso en el que pueden coexistir la salud y la enfermedad (Roy y Andrews, 1999). Basándose en los escritos de Illich (1974, 1976), Roy escribió que «la salud no es la ausencia de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de enfrentarse a ellos de forma competente» (Roy y Andrews, 1999, p. 52).

La salud y la enfermedad son una dimensión inevitable y coexistente de la experiencia vital total de la persona (Riehl y Roy, 1980). La enfermería se ocupa de esta dimensión. La enfermedad es el resultado de la ineficacia de los mecanismos de afrontamiento. La salud se mantiene cuando los seres humanos se adaptan de forma continuada. Cuando las personas se adaptan a los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos. La liberación de energía que se produce durante los intentos de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la salud (Roy, 1984).

Entorno

Según Roy, el entorno consiste en «todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas o los grupos, con especial consideración de la relación mutua entre los recursos de la persona y los de la tierra, que comprenden los estímulos focales, contextuales y residuales» (Roy y Andrews, 1999, p. 81). «Es el entorno cambiante [el que] empuja a la persona a reaccionar para adaptarse» (Andrews y Roy, 1991, p. 18). El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores

pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus conceptos de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con este concepto base. La persona recibe continuamente estímulos del entorno. Al final, se genera una respuesta y se produce la adaptación. Esta respuesta puede ser adaptativa o ineficaz. Las respuestas adaptativas fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir los objetivos de la adaptación, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control, y las transformaciones de la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse gestionando el entorno. El resultado es la consecución de un nivel óptimo de bienestar por parte de la persona (Andrews y Roy, 1986; Randell et al., 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy y Roberts, 1981).

Como sistema vivo abierto, la persona recibe entradas o estímulos tanto del entorno como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación se produce cuando la persona responde de forma positiva a los cambios del entorno. Esta respuesta adaptativa fomenta la integridad de la persona, que da lugar a la salud. Las respuestas ineficaces a los estímulos alteran la integridad de la persona (Andrews y Roy, 1986; Randell et al., 1982; Roy, 1970, 1971, 1980; Roy y McLeod, 1981).

Hay dos subsistemas interrelacionados en el modelo de Roy (fig. 17.1). El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está formado por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y efector, consta de cuatro modos adaptativos: 1) necesidades fisiológicas; 2) autoconcepto; 3) función

de rol, y 4) interdependencia (Andrews y Roy, 1986; Limandri, 1986; Mastal et al., 1982; Meleis, 1985, 2007; Riehl y Roy, 1980; Roy, 1971, 1975).

Roy considera que el regulador y el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema de afrontamiento regulador, a través del modo fisiológico adaptativo, «responde automáticamente mediante procesos de afrontamiento neurales, químicos y endocrinos» (Andrews y Roy, 1991, p. 14). El subsistema de afrontamiento relacionador, a través de los modos adaptativos de autoconcepto, interdependencia y función de rol, «responde por medio de cuatro canales cognitivo-emotivos: el procesamiento de la información perceptiva, el aprendizaje, el juicio y la emoción» (Andrews y Roy, 1991, p. 14). La percepción es la interpretación de un estímulo, y enlaza el regulador con el relacionador, porque «la entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las respuestas que siguen a la percepción retroalimentan tanto al relacionador como al regulador» (Galligan, 1979, p. 67).

Los cuatro modos de adaptación de los dos subsistemas del modelo de Roy proporcionan la forma o las manifestaciones de la actividad del relacionador y del regulador. Las respuestas a los estímulos se llevan a cabo a través de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se refiere a la manera en que los seres humanos interactúan con el entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y protección. El modo de adaptación del autoconcepto-identidad de grupo se refiere a la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el autoconcepto de un individuo como «el conjunto de creencias o sentimientos que un individuo tiene sobre sí mismo en un momento dado» (Roy y Andrews, 1999, p. 49). El autoconcepto de un individuo comprende el yo físico (sensación corporal e imagen corporal) y el yo personal (autocoherencia, yo ideal y yo moral-ético-espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña un individuo en la sociedad. Un rol describe las expectativas sobre cómo una persona se comportará con otra. El modo de adaptación de la

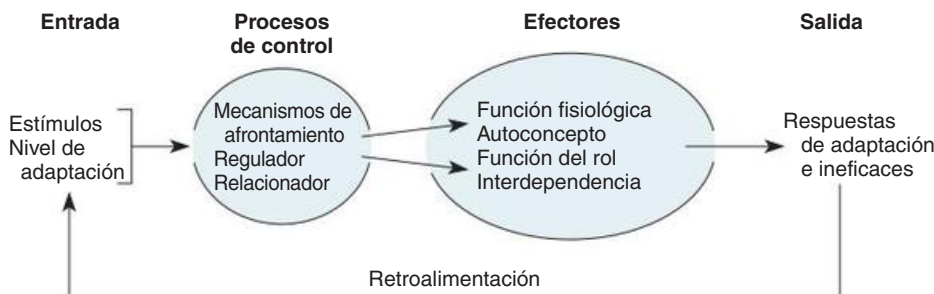


Fig. 17.1 La persona como sistema adaptativo. (Tomado de Roy, C. [1984]. *Introduction to nursing: An adaptation model* [2nd ed., p. 30]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

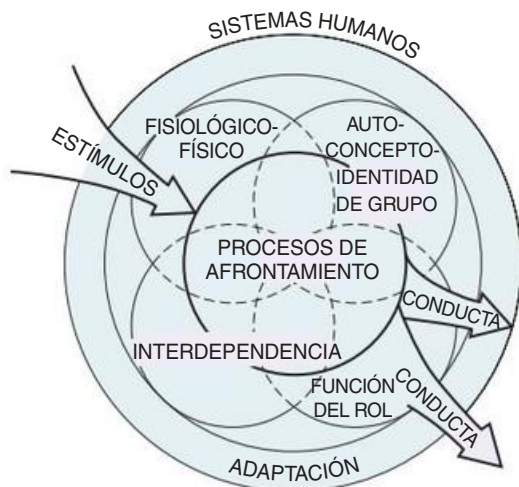


Fig. 17.2 Sistemas adaptativos humanos. (Roy, S. C., & Andrews, H. A. [1998]. *The Roy adaptation model* [2nd ed.]. New York, NY: Pearson Education, Inc. ©1998. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.)

interdependencia describe las interacciones de las personas en la sociedad. La tarea principal de este modo en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más significativas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Los cuatro modos de adaptación están interrelacionados a través de la percepción (Roy y Andrews, 1999) (fig. 17.2).

La persona en su conjunto se compone de seis subsistemas. Estos subsistemas (regulador, relacionador y los cuatro modos de adaptación) están interrelacionados para formar un sistema complejo con fines de adaptación. Las relaciones entre los cuatro modos de adaptación se producen cuando los estímulos internos y externos afectan a más de un modo, cuando se produce una conducta disruptiva en más de un modo o cuando un modo se convierte en un estímulo focal, contextual o residual de otro modo (Brower y Baker, 1976; Chinn y Kramer, 2008; Mastal y Hammond, 1980).

En lo que respecta a los sistemas sociales humanos, Roy clasifica a grandes rasgos los procesos de control en los subsistemas estabilizador e innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y la regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador está asociado al subsistema relacionador del individuo y se ocupa de la creatividad, el cambio y el crecimiento (Roy y Andrews, 1999).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. Es deductivo en que gran parte de la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Helson desarrolló los conceptos de estímulos focales, contextuales y residuales, que Roy (1971) redefinió en el ámbito de la enfermería para formar una tipología de factores relacionados con los niveles de adaptación de las personas.

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva en el sentido de que desarrolló los cuatro modos de adaptación a partir de la investigación y de las experiencias de la práctica enfermera de ella misma, de sus colegas y de sus alumnos. Roy se basó en el marco conceptual de la adaptación y desarrolló un modelo paso a paso mediante el cual las enfermeras utilizan el proceso de enfermería para administrar cuidados de enfermería con el fin de promover la adaptación en situaciones de salud y enfermedad (Roy, 1976a, 1980, 1984).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

El modelo de adaptación de Roy está profundamente arraigado en la práctica enfermera, lo que contribuye a su éxito continuado (Fawcett, 2002). Sigue siendo uno de los marcos conceptuales más utilizados para guiar la práctica enfermera, tanto a nivel nacional como internacional (Fawcett, 2005; Roy y Andrews, 1999).

El modelo de Roy es útil para la práctica de la enfermería porque esboza las características de la disciplina y proporciona orientación para la práctica, la formación y la investigación. El modelo tiene en cuenta los objetivos, los valores, al paciente y las intervenciones del profesional. El proceso de enfermería de Roy y la evaluación en dos niveles ayudan a identificar los objetivos y los diagnósticos de enfermería (Brower y Baker, 1976).

Fue reconocida como una teoría valiosa para la práctica de la enfermería desde el principio porque especificaba el objetivo de su actividad y una prescripción de actividades para conseguir ese objetivo (Dickoff et al., 1968a, 1968b). El objetivo de la enfermería y del modelo es la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y la enfermedad. Las intervenciones prescritas se refieren a la gestión de los estímulos por parte de los profesionales de enfermería, eliminándolos, aumentándolos, disminuyéndolos o modificándolos. Estas prescripciones pueden encontrarse en la lista de hipótesis relacionadas con la práctica generadas por el modelo (Roy, 1984).

Al utilizar el proceso de enfermería en seis pasos de Roy, la enfermera realiza seis funciones:

1. Evalúa las conductas que se manifiestan a partir de los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica como estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Expone su juicio o establece un diagnóstico de enfermería sobre el estado adaptativo de la persona.

4. Establece objetivos para promover la adaptación.
5. Implementa intervenciones dirigidas a gestionar los estímulos para promover la adaptación.
6. Evalúa si se han conseguido los objetivos de la adaptación.

Al controlar los estímulos, la enfermera mejora «la interacción de la persona con su entorno, promoviendo así la salud» (Andrews y Roy, 1986, p. 51). El proceso de enfermería es muy adecuado para el contexto práctico. La evaluación a dos niveles es exclusiva de este modelo y lleva a la identificación de los problemas de adaptación o los diagnósticos de enfermería.

La intervención se basa específicamente en el modelo, pero es necesario desarrollar una organización de categorías de intervenciones de enfermería (Roy y Roberts, 1981). Las enfermeras proporcionan intervenciones que alteran, aumentan, disminuyen, eliminan o mantienen los estímulos (Roy y Andrews, 1999). Roy recomienda el modelo de criterio de enfermería esbozado por McDonald y Harms (1966) para guiar la selección de la mejor intervención para modificar un estímulo concreto. Según este modelo, se generan diversas intervenciones alternativas que pueden ser adecuadas para modificar los estímulos. Cada intervención posible es juzgada por las consecuencias esperadas de la modificación de un estímulo, la probabilidad de que se produzca una consecuencia (alta, moderada o baja) y el valor del cambio (deseable o indeseable).

Senesac (2003) revisó la literatura en busca de pruebas de la aplicación del modelo de adaptación de Roy a la práctica de la enfermería. Observó que este modelo lo han utilizado en su mayor parte profesionales de enfermería de forma individual para comprender, planificar y dirigir la práctica de enfermería en el cuidado de los pacientes. Llegó a la conclusión de que, si el modelo se aplica con éxito como filosofía práctica, debe reflejarse en las declaraciones de la misión y los puntos de vista de la institución, las herramientas de reclutamiento, las herramientas de evaluación, los planes de cuidados de enfermería, todo lo cual se relaciona con la atención del paciente.

Weiland (2010) describió el uso del modelo de adaptación de Roy en el entorno de los cuidados críticos por parte de enfermeras de práctica avanzada para incorporar los cuidados espirituales en la atención de enfermería a los pacientes y sus familias. La atención espiritual es un aspecto importante, pero a menudo ignorado, de los cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes en el entorno de los cuidados críticos.

El modelo de adaptación de Roy se ha aplicado a los cuidados de enfermería de grupos individuales de pacientes. Villareal (2003) aplicó el modelo al cuidado de mujeres jóvenes que se planteaban dejar de fumar y proporciona una descripción del uso del proceso de enfermería de seis pasos de Roy para guiar los cuidados de enfermería para mujeres en la veintena que fumaban y eran miembros de un grupo de apoyo cerrado. La investigadora realizó una evaluación a dos niveles. En el primer nivel se identificaron estímulos para cada uno de los cuatro modos de adaptación. En el segundo nivel, el profesional de enfermería realizó un juicio sobre los estímulos focales (adicción a la nicotina), contextuales (creencia de que fumar es agradable, les hace sentir bien, les relaja, les da sensación de comodidad y forma parte de sus costumbres) y residuales

(creencias y actitudes sobre su imagen corporal, y que dejar de fumar produce aumento de peso). El diagnóstico de enfermería para este grupo indicaba una falta de motivación para dejar de fumar relacionada con la dependencia. Las mujeres del grupo de apoyo y la enfermera establecieron mutuamente objetivos a corto plazo para cambiar conductas, más que el objetivo a largo plazo de dejar de fumar. La intervención se centró en el análisis de los efectos del hábito de fumar sobre el organismo, las razones y las creencias sobre fumar y dejar de fumar, el control del estrés, la nutrición, la actividad física y la autoestima, y la evaluación reveló que las mujeres habían pasado de la fase de precontemplación a la fase de contemplación de la deshabituación tabáquica. La autora concluyó que el modelo proporcionó un marco útil para suministrar cuidados a las mujeres que fuman.

Zeigler et al. (2004) describieron el uso del modelo de adaptación de Roy para desarrollar un grupo de apoyo extra-hospitalario para pacientes con cáncer de mama, el Common Journey Breast Cancer Support Group. Se utilizó un diseño de estudio cualitativo para evaluar el programa desde las perspectivas del participante y del facilitador. Las respuestas de los participantes se clasificaron utilizando el modelo de adaptación de Roy. Los resultados de este estudio mostraron que el programa era eficaz para proporcionar apoyo a las mujeres con cáncer de mama en distintos estadios.

El modelo de adaptación de Roy se ha aplicado a pacientes adultos con diversas afecciones médicas, como el trastorno de estrés postraumático (Nayback, 2009), las mujeres en la menopausia (Cunningham, 2002) y la evaluación de un hombre de edad avanzada al que se amputó una pierna por debajo de la rodilla. El modelo se ha utilizado para evaluar la atención de las necesidades de adolescentes con cáncer (Ramini et al., 2008), el asma (Buckner et al., 2007), lecturas de presión arterial altas o correspondientes a hipertensión (Starnes y Peters, 2004), y la muerte y la enfermedad terminal (Dobratz, 2011). Flanagan (2018) comunicó un caso publicado en el que se utilizó el modelo de adaptación de Roy para guiar la evaluación y las intervenciones de cuidados de enfermería en un paciente de edad avanzada con dolor de espalda persistente. Russo et al. (2019) describen la aplicación del modelo de adaptación de Roy en un caso de cuidados de enfermería dirigidos a ayudar a los padres a hacer frente a los problemas de un hijo adulto joven con trastorno por consumo de opioides, y en otro caso sobre los cuidados de una paciente adulta después de una cirugía bariátrica.

Kan (2009) utilizó el modelo de adaptación de Roy para estudiar las percepciones de la recuperación después de la cirugía de derivación arterial coronaria en pacientes que se habían sometido a esta intervención quirúrgica por primera vez. Los hallazgos revelaron una relación positiva entre la percepción de la recuperación y la función del rol. El conocimiento de las respuestas adaptativas después de la cirugía cardíaca tiene importantes implicaciones para la planificación del alta y la enseñanza asociada.

Formación

El modelo de adaptación de Roy define el propósito inequívoco de la enfermería para los estudiantes, que es promover la

adaptación de las personas en cada uno de los modos de adaptación en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo diferencia la ciencia de la enfermería de la ciencia médica, y enseña el contenido de esas áreas en cursos separados. Ella destaca la colaboración, pero plantea objetivos separados para los profesionales de enfermería y los médicos. Según Roy (1971), el objetivo de la enfermera es ayudar al paciente a aplicar su energía a ponerse bien, mientras que el estudiante de medicina se centra en la posición del paciente en el continuo salud-enfermedad con el objetivo de provocar un movimiento a lo largo del continuo. Considera el modelo como una herramienta valiosa para analizar las diferencias entre las dos profesiones de enfermería y medicina. Roy (1979) cree que los planes de estudio basados en este modelo apoyan la comprensión del desarrollo de la teoría por parte de los estudiantes, ya que aprenden a comprobar teorías y experimentan los puntos de vista teóricos. Roy (1971, 1979) señaló desde el principio que el modelo aclaraba los objetivos, identificaba los contenidos y especificaba las pautas de enseñanza y aprendizaje.

El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado en el ámbito educativo y ha guiado la formación en enfermería en el Departamento de Enfermería del Mount Saint Mary's College de Los Ángeles desde 1970. Más de 100.000 estudiantes se han formado en programas de enfermería basados en el modelo de adaptación de Roy en EE. UU. y en otros países. Este modelo proporciona educadores con una forma sistemática de enseñar a los estudiantes a valorar y a atender a los pacientes dentro del contexto de sus vidas en vez de como víctimas de una enfermedad.

El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado en la formación de doctorado para el desarrollo y la preparación de las enfermeras científicas. Tehan et al. (2019) describieron una tarea asignada a una cohorte de estudiantes de doctorado para que utilizaran los conocimientos de enfermería y la investigación interdisciplinaria a partir de dominios. El modelo de adaptación de Roy se utilizó para guiar este proyecto, que condujo al desarrollo de un libro infantil que aborda el concepto de humanización dentro del tema de salud contemporáneo correspondiente a los efectos positivos para la salud derivados de salir al aire libre para dar un paseo y experimentar la naturaleza. Dobratz (2003) evaluó los resultados de aprendizaje de un curso de investigación en enfermería diseñado desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy y describió con detalle cómo enseñar el contenido teórico a los estudiantes del último año de un curso de investigación en enfermería. La investigadora llegó a la conclusión de que un curso de investigación basado en el modelo de adaptación de Roy ayudó a los estudiantes a encajar las piezas del rompecabezas de la investigación.

Investigación

Roy (1984) ha afirmado que el desarrollo de la teoría y la comprobación de las teorías desarrolladas son las principales prioridades de la enfermería. El modelo sigue generando muchas hipótesis comprobables que deben investigarse.

La teoría de Roy ha generado una serie de propuestas generales. A partir de estas propuestas generales, se han desarro-

llado y comprobado hipótesis específicas. Hill y Roberts (1981) demostraron el desarrollo de hipótesis comprobables a partir del modelo, al igual que Roy. Al comprobar estas hipótesis se crea la información para validar o apoyar el modelo. El modelo de adaptación de Roy se ha utilizado ampliamente para guiar el desarrollo del conocimiento a través de la investigación en enfermería (Frederickson, 2000).

Roy (1970) identificó un conjunto de conceptos que forman un modelo, a partir del cual el proceso de observación y clasificación de los hechos conduciría a postulados. Estos se refieren a la aparición de problemas de adaptación, mecanismos de afrontamiento e intervenciones, basados en leyes derivadas de los factores que componen el potencial de respuesta a los estímulos focales, contextuales y residuales. Roy et al. han esbozado una tipología de problemas de adaptación o de diagnósticos de enfermería (Roy, 1973, 1975, 1976b). La investigación y la comprobación en áreas de la tipología y de las categorías de las intervenciones que han derivado del modelo continúan. También se han desarrollado y probado propuestas generales (Roy y McLeod, 1981).

Investigación basada en la práctica

DiMattio y Tulman (2003) describieron los cambios en el estado funcional y los correlatos del estado funcional de 61 mujeres durante el periodo postoperatorio de 6 semanas después de un injerto de derivación arterial coronaria. El estado funcional se midió 2, 4 y 6 semanas después de la cirugía utilizando el Inventory of Functional Status in the Elderly y el Sickness Impact Profile. Se descubrieron aumentos significativos en todas las dimensiones del estado funcional, excepto en la personal, en los tres puntos de medición. El mayor aumento en el estado funcional se produjo entre 2 y 4 semanas después de la cirugía. Sin embargo, ninguna de las dimensiones del estado funcional había vuelto a los valores basales a las 6 semanas.

Young-McCaughan et al. (2003) estudiaron los efectos de un programa estructurado de ejercicios aeróbicos sobre la tolerancia al ejercicio, los patrones de sueño y la calidad de vida en pacientes con cáncer, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy. Los sujetos hicieron ejercicio durante 20 min, dos veces a la semana durante 12 semanas. Se demostraron mejoras significativas en la tolerancia al ejercicio, la calidad subjetiva del sueño y la calidad de vida psicológica y fisiológica.

Yeh (2001, 2002) comprobó el modelo de adaptación de Roy en una muestra de 116 niños y niñas taiwaneses con cáncer (de 7 a 18 años de edad en el momento del diagnóstico). Se comprobaron dos proposiciones de Roy. La primera proposición fue que los estímulos del entorno (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas biopsicosociales (calidad de vida relacionada con la salud [CVRS]). La segunda proposición fue que los cuatro modos de adaptación están interrelacionados. Utilizando el modelado de la ecuación estructural, la investigadora observó que la gravedad de la enfermedad se ajustaba de forma excelente con el estadio de la enfermedad, los datos analíticos (recuento de leucocitos, hemoglobina, plaquetas, recuento absoluto de neutrófilos) y el número total de hospitalizaciones.

Este estudio demostró que los estímulos del entorno (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas de adaptación biopsicosocial de los niños con cáncer. Por último, este estudio demostró la interrelación de los modos de adaptación fisiológico (CVRS física), de autoconcepto (CVRS de enfermedad y síntomas), de interdependencia (CVRS social) y de función de rol (CVRS cognitiva).

Woods e Isenberg (2001) ofrecen un ejemplo de síntesis de teorías. En su estudio sobre el abuso sexual y el estrés postraumático en mujeres maltratadas desarrollaron una teoría de nivel medio sintetizando el modelo de adaptación de Roy con la bibliografía actual sobre el abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático. Se utilizó un modelo correlacional predictivo para analizar la adaptación como mediador del abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático. Los estímulos focales de este estudio fueron la gravedad del abuso sexual, el abuso emocional y el riesgo de homicidio por parte de un compañero sexual. La adaptación se hizo operativa dentro de los cuatro modos de adaptación, y se comprobó como mediador entre el abuso sexual y el síndrome de estrés postraumático. Se observaron relaciones directas entre el estímulo focal y el abuso sexual, y la adaptación en cada uno de los cuatro modos medió las relaciones entre el estímulo focal y el estrés postraumático.

Chiou (2000) realizó un metaanálisis de las interrelaciones entre los cuatro modos de adaptación de Roy. Mediante el uso de criterios de inclusión y exclusión bien definidos, una búsqueda bibliográfica en el *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* proporcionó ocho estudios de investigación con muestras diversas. El metaanálisis reveló correlaciones de pequeñas a medianas entre cada conjunto de dos modos y una asociación no significativa entre los modos de interdependencia y fisiológico. Zhan (2000) encontró apoyo a la propuesta de Roy sobre los procesos de adaptación cognitiva en relación con el mantenimiento de la autocoherencia. Utilizando la Cognitive Adaptation Processing Scale de Roy (Roy y Zhan, 2001) para medir la adaptación cognitiva y la Self-Consistency Scale (Zhan y Shen, 1994), Zhan descubrió que la adaptación cognitiva desempeña un papel importante para ayudar a las personas de edad avanzada a mantener la autocoherencia ante la pérdida de audición. La autocoherencia era mayor en los hombres con discapacidad auditiva que en las mujeres, pero no variaba en función de la edad, el nivel educativo, la raza, el estado civil o los ingresos.

Nuamah et al. (1999) estudiaron la calidad de vida de 515 pacientes con cáncer. Estas investigadoras establecieron claros vínculos teóricos entre los conceptos del modelo de adaptación de Roy, los conceptos de las teorías de nivel medio y los indicadores empíricos. Se identificaron los estímulos focales y contextuales. Se pusieron en marcha las variables en cada modo de adaptación. Al utilizar un modelo de ecuación estructural, las investigadoras observaron que dos de los estímulos del entorno (tratamiento adyuvante contra el cáncer y gravedad de la enfermedad) explicaban el 59% de la varianza en los indicadores biopsicosociales de la variable latente de la

CVRS. Sus hallazgos apoyan la propuesta del modelo de adaptación de Roy de que los estímulos del entorno influyen en las respuestas biopsicosociales.

Modrcin-Talbott et al. (2003) analizaron los efectos del contacto humano agradable en la adaptación bioconductual de lactantes prematuros basándose en el modelo de adaptación de Roy. Según Roy, los lactantes nacen con dos modos de adaptación, el fisiológico y el de interdependencia. Los lactantes prematuros suelen estar privados del contacto humano y están rodeados por un entorno lleno de máquinas, estímulos nocivos e intervenciones invasivas. Estas investigadoras observaron que el contacto humano agradable (estímulo focal) fomenta la adaptación fisiológica de los lactantes prematuros. La frecuencia cardíaca, la estabilidad de la saturación de oxígeno, el aumento del sueño tranquilo, el sueño y la somnolencia menos activos, la disminución de la actividad motora, el aumento del tiempo sin movimiento y la disminución de las señales de estrés conductual se identificaron como respuestas eficaces en el modo de adaptación fisiológico. Este estudio apoya la conceptualización de Roy sobre la adaptación en los lactantes.

Weiss et al. (2009) utilizaron el modelo de adaptación de Roy para estudiar la adaptación en el puerperio de mujeres después de una cesárea. Los hallazgos mostraron menos respuestas adaptativas en mujeres con cesárea no planificada. Se encontraron más diferencias culturales en las respuestas adaptativas en las mujeres hispanas y afroamericanas que en las de raza blanca. Las implicaciones para la práctica de enfermería incluyen la evaluación temprana de las respuestas adaptativas y las necesidades de aprendizaje de las pacientes que han tenido un parto por cesárea para desarrollar un plan de enseñanza al alta que facilite las respuestas adaptativas después del alta.

El University of Montreal Research Team in Nursing Science (Ducharme et al., 1998; Levesque et al., 1998) estudió la adaptación a una variedad de estímulos del entorno. En sus estudios se incluyeron cuatro grupos de individuos: 1) cuidadores familiares informales que se ocupan de un pariente con demencia en casa; 2) cuidadores familiares informales que se ocupan de un pariente con una enfermedad psiquiátrica en casa; 3) profesionales de enfermería que se dedican al cuidado profesional en centros geriátricos, y 4) cónyuges de edad avanzada en la comunidad. Utilizando relaciones estructurales lineales (LISREL, *linear structural relations*), el estrés percibido (estímulo focal), el apoyo social (estímulo contextual) y el afrontamiento pasivo y de evitación (mecanismo de afrontamiento) se vincularon directa o indirectamente con la angustia psicológica. Estos descubrimientos apoyan la propuesta de Roy acerca de que el afrontamiento facilita la adaptación.

DeSanto-Madeya (2009) estudió la adaptación en personas con lesiones medulares y sus familiares utilizando el modelo de adaptación de Roy. En este estudio participaron 15 días de pacientes y familiares. De las 15 días, en 7 había transcurrido 1 año desde la lesión, y en las otras 8, 3 años. Se realizaron entrevistas telefónicas utilizando la Adaptation to Spinal Cord Injury Interview Schedule (ASCIIS). Los hallazgos demostraron que tanto los afectados como sus familiares tenían puntuaciones de adaptación moderadas tanto en 1 año y como a los 3 años. Los

hallazgos del estudio tienen importantes implicaciones para las enfermeras que deben atender a pacientes con lesiones medulares tanto en entornos de cuidados agudos como ambulatorios.

Desarrollo de instrumentos de investigación de la adaptación

El modelo de adaptación de Roy ha proporcionado la base teórica para el desarrollo de una serie de instrumentos de investigación. Newman (1997) desarrolló el Inventory of Functional Status-Caregiver of a Child in a Body Cast para medir el grado en que los padres cuidadores continúan con sus actividades habituales mientras un niño está inmovilizado con una férula de yeso. La verificación de la exactitud indica que las subescalas para el cuidado del niño con una férula de yeso en casa, social y en la comunidad, el cuidado de otros niños y el cuidado personal (más que la puntuación total) son medidas fiables de estos conceptos. Modrcin-McCarthy et al. (1997) utilizaron el modelo de adaptación de Roy para desarrollar una herramienta clínica que puede utilizarse para identificar los factores estresantes reales y potenciales en los lactantes prematuros frágiles y para aplicarles los cuidados oportunos. Esta herramienta mide los signos de estrés, las intervenciones de tacto, la reducción del dolor, las consideraciones del entorno, el estado y la estabilidad (STRESS). La Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) se desarrolló inicialmente como una escala de 47 ítems. Análisis posteriores del CAPS aclararon el concepto de afrontamiento y confirmaron la validez de una herramienta más breve de 15 ítems para medir el afrontamiento y la adaptación (Roy et al., 2016).

Desarrollo de teorías de adaptación de nivel medio

Silva (1986) señaló desde el principio que el mero uso de un marco conceptual para estructurar un estudio de investigación no equivale a comprobar la teoría. Muchos de los investigadores han utilizado el modelo de Roy, pero en realidad no comprobaron las hipótesis o propuestas del modelo. Han proporcionado una aparente validez de su utilidad como marco para dirigir estudios. Debe explicarse cómo una teoría deriva de un marco conceptual; por tanto, es necesario desarrollar y analizar las teorías de nivel medio derivadas del modelo de adaptación de Roy. Ya se han realizado algunas investigaciones de este tipo con el modelo, pero son necesarios una validación más exhaustiva y el desarrollo de nuevas áreas. El modelo genera numerosas hipótesis comprobables relacionadas tanto con la práctica como con la teoría de enfermería. El éxito de un marco conceptual se evalúa, en parte, por el número y la calidad de las teorías de nivel medio que genera. El modelo de adaptación de Roy ha sido la fuente teórica de una serie de teorías de nivel medio (Roy, 2011a). La utilidad de esas teorías en la práctica mantiene vivo el modelo.

Dunn (2004) comunica el uso de la substrucción teórica para derivar una teoría de adaptación de nivel medio para el

dolor crónico a partir del modelo de adaptación de Roy. En el modelo de adaptación al dolor crónico de Dunn, la intensidad del dolor se especifica como el estímulo focal. Los estímulos contextuales son la edad, el origen étnico y el sexo. El afrontamiento religioso y no religioso es una función del subsistema relacionador. Las manifestaciones de la adaptación al dolor crónico son sus efectos sobre la capacidad funcional y el bienestar psicológico y espiritual.

Frame et al. (2003) desarrollaron la teoría Frame de capacitación de los adolescentes sintetizando el modelo de adaptación de Roy, la matriz de capacitación de Murrell-Armstrong y la perspectiva de desarrollo de Harter. La teoría se comprobó utilizando un diseño casi experimental en el que los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control. Noventa y dos estudiantes de quinto y sexto curso fueron asignados a uno u otro de los grupos. Los niños del grupo de tratamiento asistieron a una intervención de grupo de apoyo conducida por el profesional de enfermería escolar durante ocho sesiones (dos veces a la semana durante 4 semanas). El tratamiento se diseñó para enseñar a los niños sobre el TDAH; las ventajas de tener TDAH; la impotencia en contraposición a la capacitación; la capacitación respecto a los propios sentimientos, los profesores, la familia y los compañeros de clase, y cómo aprender a relajarse. Los niños del grupo de control no recibieron ninguna intervención. Utilizando el análisis de covarianza, los niños del grupo de tratamiento registraron una aceptación social percibida, una competencia atlética percibida, un aspecto físico percibido y una confianza en sí mismos global percibida significativamente superiores.

Jirovec et al. (1999) propusieron una teoría de nivel medio del control urinario derivada del modelo de adaptación de Roy para explicar el fenómeno del control urinario y reducir la incontinencia urinaria. Según esta teoría, el estímulo focal para el control urinario es la distensión vesical. Los estímulos contextuales comprenden instalaciones accesibles y la capacidad de movilidad. Un estímulo residual es la intensa socialización de los hábitos sanitarios y de la vejiga que empieza en la infancia. Esta teoría tiene en cuenta mecanismos de afrontamiento fisiológicos, el regulador (reflejo espinal mediado por S2-S4, y contracción del músculo detrusor y relajación del esfínter coordinadas) y el relacionador (percepción, juicio del aprendizaje y conciencia de urgencia o goteo). Se han descrito respuestas de adaptación para prevenir la incontinencia urinaria para los cuatro modos de adaptación. La adaptación eficaz se define como continencia, y la adaptación ineficaz, como incontinencia. Los autores proporcionan apoyo limitado para la teoría del control urinario a través de estudios de casos. La teoría del control urinario ilustra la complejidad, la multidimensionalidad y la naturaleza integral de la adaptación.

Investigadores de la University of Montreal han propuesto una teoría de nivel medio de adaptación para el cuidado que se basa en el modelo de adaptación de Roy. Esta teoría de nivel medio se ha comprobado en numerosos estudios publicados sobre cuidadores informales de familiares con demencia en

casa, cuidadores informales de familiares con enfermedades psiquiátricas en casa, cuidadores profesionales de personas de edad avanzada internadas y cónyuges de edad avanzada en la comunidad. El estrés percibido se conceptualiza como el estímulo focal. Los estímulos contextuales son el sexo, los conflictos y el apoyo social. Los mecanismos de afrontamiento comprenden estrategias de afrontamiento activas, pasivas y de evitación. En esta teoría de nivel medio, la respuesta (angustia psicológica) adaptada (inadaptada) se manifiesta en el modo del autoconcepto. Los análisis LISREL han respaldado muchas de las propuestas de esta teoría de nivel medio de la adaptación del cuidado, así como el modelo de adaptación de Roy (Ducharme et al., 1998; Levesque et al., 1998).

Tsai et al. (2003) desarrollaron una teoría de nivel medio del dolor a partir del modelo de adaptación de Roy. En la teoría del dolor crónico, el dolor crónico es el estímulo focal; la discapacidad y el apoyo social son estímulos contextuales, y la edad y el sexo son estímulos residuales. El estrés diario percibido es un proceso de afrontamiento. La depresión es una variable del resultado que se manifiesta en los cuatro modos de adaptación. El análisis de la trayectoria proporcionó apoyo parcial a la teoría del dolor crónico. El dolor crónico y la discapacidad superiores se asociaron a un estrés diario mayor, y un apoyo social superior se asoció a un estrés diario inferior. Estas tres variables explican el 35% de la varianza en el estrés diario. Un mayor estrés diario explicaba el 35% de la varianza en la depresión.

Dobratz (2016) revisó 21 estudios empíricos (12 cuantitativos y 9 cualitativos) que utilizaron el modelo de adaptación de Roy para estudiar la espiritualidad. A partir de los resultados del estudio se desarrolló una teoría de nivel medio de la espiritualidad adaptativa que incluía seis afirmaciones teóricas y una definición conceptual de espiritualidad adaptativa. A partir de este trabajo se formularon tres hipótesis para futuras investigaciones sobre la espiritualidad para el afrontamiento y la adaptación.

Se han propuesto otras teorías de nivel medio derivadas del modelo de adaptación de Roy. Tsai (2003) ha propuesto una teoría de nivel medio del estrés del cuidador. Whittemore y Roy (2002) desarrollaron una teoría de nivel medio sobre la adaptación a la diabetes mellitus utilizando síntesis de teorías. Sobre la base de un análisis de la teoría de nivel medio de la enfermedad crónica de Pollock (1993) y de una revisión exhaustiva de la literatura, la reconceptualización del modelo de enfermedad crónica y la adición de conceptos como autogestión, integración y salud dentro de la enfermedad amplían más específicamente el modelo de adaptación de Roy a la diabetes mellitus. La investigación de Pollock (1993) sobre la teoría de la adaptación a la enfermedad crónica incluyó a pacientes con diabetes insulino dependiente, esclerosis múltiple, hipertensión y artritis reumatoide. La teoría de la adaptación a la enfermedad crónica se comprobó en el estudio de Harris (2012) para examinar los efectos de un programa de ejercicio en casa sobre la percepción de la enfermedad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.

EVOLUCIÓN

El modelo de adaptación de Roy es un enfoque de la enfermería que ha hecho y sigue haciendo una importante contribución al corpus de conocimientos de enfermería; no obstante, quedan áreas para el desarrollo futuro a medida que avance la atención sanitaria. Los científicos que investigan desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy siguen observando una superposición en las categorías psicosociales del autoconcepto, la función del rol y la interdependencia. Recientemente, Roy ha redefinido *salud*, restando importancia al concepto del continuo salud-enfermedad y conceptualizando la salud como la integración y la totalidad de la persona. Este abordaje incorpora los mecanismos de adaptación del paciente en coma ante estímulos verbales y táctiles de un modo más claro. Sin embargo, como la salud no se conceptualizó de esta manera en los primeros trabajos, se abre una nueva área de investigación. Basándose en una revisión integradora de la literatura, Frederickson (2000) llegó a la conclusión de que existe un buen apoyo empírico para la conceptualización de Roy sobre la persona y la salud, y recomendó la realización de futuras investigaciones para comprobar las proposiciones de la teoría.

En un trabajo reciente, Roy (2018a) describió que la enfermería se encuentra «en la encrucijada» del desarrollo de la profesión debido a un desequilibrio de la investigación filosófica, conceptual/teórica y empírica, de manera que se pone más énfasis en la investigación empírica. Existe la preocupación de que el énfasis en la investigación empírica de las ciencias básicas que no está orientada a dominios se desvíe del foco de la obligación principal de la profesión, que es desarrollar conocimientos disciplinarios para la enfermería. El desarrollo ulterior de los conocimientos de enfermería debe estar orientado a dominios y utilizar teorías de gran alcance, de nivel medio y de la práctica con múltiples métodos de investigación, incluidos métodos filosóficos, conceptuales/teóricos y empíricos (Fitzpatrick et al., 2019; Roy, 2018b). «El conocimiento derivado de la disciplina de las personas holísticas que interactúan mutuamente con el entorno es la ciencia básica de la enfermería» (Roy, 2018a, p. 90).

CRÍTICA

Claridad

Roy define claramente los cuatro modos de adaptación (fisiológico, autoestima, interdependencia y función del rol). Uno de los primeros retos del modelo que se identificó es la adopción por parte de Roy de una visión integral de la persona y el entorno, mientras que el modelo considera que la adaptación se produce en cuatro modos, y persona y entorno se conceptualizan como dos entidades separadas que se influyen entre sí (Malinski, 2000). Una respuesta a este reto es que el modelo de adaptación de Roy es integral, porque un cambio en el entorno interno o externo (estímulo) produce una respuesta (se adapta) como un todo. De hecho, la perspectiva de Roy es compatible

con otras teorías integrales, como la psiconeuroinmunología y la psiconeuroendocrinología. Como ejemplo, la psiconeuroinmunología es una teoría que propone una relación bidireccional entre la mente y el sistema inmunitario. El modelo de Roy es más amplio que la psiconeuroinmunología y proporciona una base teórica para el estudio, y los cuidados de enfermería, de la persona como un todo.

Roy ha reconocido la naturaleza integral de las personas que viven en un universo que «avanza en su estructura, organización y complejidad. En lugar de un sistema que actúa para mantenerse a sí mismo, el énfasis se desplaza a la finalidad de la existencia humana en un universo creativo» (Roy y Andrews, 1999, p. 35). Ha escrito que otras disciplinas se centran en un aspecto de la persona, y que la enfermería ve a la persona como un todo (Roy y Andrews, 1999). «Según los supuestos filosóficos del modelo de enfermería, se considera que las personas son coextensivas con sus entornos físico y social. La enfermera adopta una postura basada en los valores, centrándose en la conciencia, la iluminación y la fe» (Roy y Andrews, 1999, p. 539). Roy sostiene que las personas tienen relaciones mutuas, integrales y simultáneas con el universo y con Dios, y que como humanos «utilizan sus capacidades creativas de conciencia, iluminación y fe en los procesos de derivación, preservación y transformación del universo» (Roy y Andrews, 1999, p. 35). Al usar esta capacidad creativa, las personas (enfermas o sanas) participan activamente en su cuidado y son capaces de conseguir un nivel más alto de adaptación (salud).

Sencillez

El modelo de Roy incluye los conceptos de enfermería, persona, salud-enfermedad, entorno, adaptación y actividades de enfermería. También incluye dos subconceptos (regulador y relacionador) y cuatro modos (fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia), así como dos niveles de evaluación. Este modelo comprende varios conceptos principales y subconceptos, de forma que, aunque los conceptos y subconceptos se definen claramente, las afirmaciones relacionales son complejas hasta que se aprende el modelo.

Generalidad

El amplio alcance del modelo de Roy es una ventaja porque puede utilizarse para construir teorías y derivar teorías de nivel medio, que podrán comprobarse en estudios de rangos más pequeños de fenómenos (Reynolds, 1971). El modelo de Roy

(Roy y Corliss, 1993) es generalizable a todos los ámbitos de la práctica de la enfermería, pero su alcance es limitado porque aborda principalmente la adaptación persona-entorno del paciente, y la información sobre la enfermera está implícita.

Accesibilidad

Los amplios conceptos de Roy proceden de teorías de la psicología fisiológica, la psicología, la sociología y la enfermería; los datos empíricos indican que esta base teórica general tiene fundamento. El modelo de Roy ofrece una guía a los investigadores que quieren incorporar los fenómenos fisiológicos en sus estudios. Roy (1980) estudió y analizó 500 tipos de conductas de pacientes recogidas por estudiantes de enfermería. Propuso los cuatro modos de adaptación del ser humano a partir de este análisis.

Roy (Roy y McLeod, 1981; Roy y Roberts, 1981) ha identificado numerosas proposiciones en relación con los mecanismos del regulador y el relacionador y los modos de autoconcepto, función de rol e interdependencia. Estas proposiciones se han apoyado en diversos grados en las teorías generales y en los datos empíricos. La mayoría de las proposiciones son afirmaciones relacionales que se pueden comprobar (Tiedeman, 1983). A lo largo de los años, se han formulado muchas hipótesis contrastables a partir del modelo (Hill y Roberts, 1981).

A pesar de los progresos realizados en los últimos 25 años, la principal necesidad para aumentar la precisión empírica del modelo de adaptación de Roy es que los investigadores desarrollen una teoría de nivel medio basada en el modelo con referentes empíricos específicamente diseñados para medir los conceptos propuestos en la teoría derivada. Roy ha explicado un número significativo de proposiciones, teoremas y axiomas útiles para el desarrollo de teorías de nivel medio. La naturaleza integral del modelo sirve a los investigadores de enfermería de todo el mundo que están interesados en la naturaleza compleja de los procesos adaptativos fisiológicos y psicosociales (Roy, 2011a, 2011b).

Importancia

El modelo de adaptación de Roy tiene un proceso de enfermería claramente definido que es útil para guiar la práctica clínica. La utilidad del modelo ha sido demostrada globalmente por los profesionales de enfermería. Este modelo señala la dirección para los cuidados de enfermería de calidad que cubren las necesidades integrales del paciente. El modelo también es capaz de generar nueva información a través de la comprobación de las hipótesis derivadas de él (Roy, 2011a; Roy y Corliss, 1993).

RESUMEN

El modelo de adaptación de Roy ha tenido una gran influencia en la profesión de enfermería. Es uno de los modelos más utilizados para guiar la investigación, la formación y la práctica de la enfermería. Este modelo se enseña como parte del plan de estudios de la mayoría de los programas de diplomatura, másteres y doctorados en Enfermería. La influencia del modelo de Roy sobre la investigación en enfermería se pone

de manifiesto a través del gran número de estudios de investigación cuantitativos y cualitativos que ha guiado. El modelo ha inspirado el desarrollo de muchas teorías de enfermería de nivel medio y de instrumentos de adaptación. Sor Callista Roy sigue perfeccionándolo para la investigación, la formación y la práctica de la enfermería.

Según Roy, las personas son sistemas adaptativos holísticos y constituyen el centro de la enfermería. El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta a su desarrollo y conducta. Las personas están en constante interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía; es decir, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno. El entorno es una fuente de estímulos que amenazan o favorecen la existencia de una persona. Para su supervivencia, el sistema de adaptación humano debe responder de manera positiva a los estímulos del entorno. Los seres humanos elaboran respuestas de adaptación eficaces o ineficaces frente a estos estímulos. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control, y la transformación de las personas y del entorno. Roy define *salud* como el estado de convertirse en un ser humano integrado y completo.

En el modelo de adaptación de Roy se describen tres tipos de estímulos del entorno. El estímulo focal es con lo que se enfrenta el individuo de manera más inmediata, y demanda la mayor parte de su atención y energía de adaptación. Los estímulos contextuales son el resto de estímulos presentes en la situación, que contribuyen positiva o negativamente a la fuerza del estímulo focal. Los estímulos residuales afectan al estímulo focal, pero sus efectos no se conocen fácilmente. Estos tres tipos de estímulos juntos forman el nivel de adaptación. El nivel de adaptación de una persona puede ser integrado, compensatorio o comprometido.

Los mecanismos de afrontamiento se refieren a los procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para hacer frente a los estímulos del entorno. Pueden clasificarse de manera amplia como un subsistema regulador o relacionador. El subsistema regulador responde automáticamente a través de procesos de afrontamientos innatos neurales, químicos y endocrinos. El subsistema relacionador responde a través de procesos cognitivo-emocionales innatos y adquiridos, que comprenden el procesamiento perceptual y de la información, el aprendizaje, el juicio y la emoción.

Las conductas que manifiestan adaptación pueden observarse en cuatro modos de adaptación. El modo fisiológico hace referencia a las respuestas físicas de la persona al entorno, y la necesidad subyacente es la integridad fisiológica. El modo del autoconcepto hace referencia a los pensamientos, las creencias

o los sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento determinado. La necesidad básica del modo del autoconcepto es la integridad psíquica o espiritual. El autoconcepto es una creencia compuesta sobre el yo, que se forma a partir de las percepciones internas y las percepciones de los demás. El modo del autoconcepto comprende el yo físico (sensación corporal e imagen corporal) y el yo personal (autocoherencia, yo ideal y yo moral-ético-espiritual). El modo de la función del rol se refiere a los roles primarios, secundarios y terciarios que una persona desempeña en la sociedad.

La necesidad básica del modo adaptativo de la función de rol es la integridad social, es decir, saber cómo comportarse y qué se espera de uno en la sociedad. El modo de adaptación de la interdependencia hace referencia a las relaciones entre las personas. La necesidad básica del modo adaptativo de interdependencia es la integridad social o dar y recibir amor, respeto y valor por parte de las personas queridas y de los sistemas de apoyo social (tabla 17.1).

El objetivo de la enfermería es promover las respuestas adaptativas. Esto se consigue a través de un proceso de enfermería en seis pasos: evaluación de la conducta, evaluación de los estímulos, diagnósticos de enfermería, establecimiento de objetivos, intervención y evaluación. Las intervenciones de enfermería se centran en la gestión de los estímulos ambientales «alterándolos, aumentándolos, disminuyéndolos, eliminándolos o manteniéndolos» (Roy y Andrews, 1999, p. 86).

Meleis (1985) propuso que el enfoque de los trabajos de los teóricos de la enfermería es de tres tipos:

1. Centrado en las necesidades.
2. Centrado en la interacción.
3. Centrado en los resultados.

Meleis (1985, 2007) clasifica el modelo de adaptación de Roy como una teoría de resultados. Al aplicar los conceptos de sistema y adaptación a la persona como paciente de enfermería, Roy presenta su idea de persona para que los profesionales de enfermería la utilicen como una herramienta en la práctica, la formación y la investigación. Sus concepciones de persona y del proceso de enfermería contribuyen a la ciencia y al arte de la enfermería. El modelo de adaptación de Roy merece un estudio más exhaustivo y un mayor desarrollo por parte de los profesionales de enfermería dedicados a la docencia, la investigación y la práctica.

CASO CLÍNICO

Un paciente de 23 años ingresa con una fractura en C6 y C7 que le ha provocado una tetraplejía. Se lesionó en un partido de fútbol americano en la universidad, donde estudia el último curso de la carrera. Su trayectoria como pasador había sido muy prometedora. Cuando se produjo el accidente, estaba negociando un contrato con un equipo de fútbol profesional de primera división.

1. Utilice los criterios de Roy para identificar los estímulos focales y contextuales para cada uno de los cuatro modos de adaptación.
2. Considere qué adaptaciones serían necesarias en cada uno de los cuatro modos de adaptación siguientes: 1) fisiológico; 2) autoconcepto; 3) interdependencia; y 4) función de rol.
3. Diseñe una intervención de enfermería para cada uno de los modos de adaptación con el fin de promover la adaptación.

TABLA 7.1 Perspectiva general de los modos de adaptación

Subsistema	Modo de adaptación	Necesidades de afrontamiento
Regulador	Fisiológico El modo de adaptación fisiológico hace referencia a la manera en que una persona, como ser físico, responde e interactúa con los entornos interno y externo Necesidad básica: integridad fisiológica	Oxigenación: mantener una oxigenación adecuada mediante la ventilación, el intercambio gaseoso y el transporte de gases Nutrición: mantener el funcionamiento, fomentar el crecimiento y sustituir los tejidos mediante la ingestión y asimilación de alimentos Eliminación: excretar los desechos metabólicos, principalmente a través del intestino y el riñón Actividad y reposo: mantener un equilibrio entre la actividad física y el reposo Protección: defender el organismo contra las infecciones, los traumatismos y los cambios de temperatura, principalmente mediante las estructuras tegumentarias y la inmunidad innata y adquirida Sentidos: permitir a las personas interactuar con su entorno mediante la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato Equilibrio hidroelectrolítico y acidobásico: mantener el equilibrio homeostático hidroelectrolítico y acidobásico para fomentar las funciones celulares, extracelulares y sistémicas Función neurológica: coordinar y controlar los movimientos del cuerpo, la conciencia y los procesos cognitivo-emocionales Función endocrina: integrar y coordinar las funciones corporales
	Autoconcepto El modo de adaptación del autoconcepto hace referencia a las características psicológicas y espirituales de una persona El autoconcepto consta del producto de los sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento dado El autoconcepto se forma a partir de las percepciones internas y de las percepciones de las reacciones de los otros El autoconcepto tiene dos dimensiones principales: el yo físico y el yo personal Necesidad básica: integridad psíquica y espiritual Interdependencia Necesidad básica: integridad relacional o seguridad en las relaciones positivas Función del rol Necesidad básica: integridad social	Yo físico Sensación corporal: mantener una sensación positiva sobre el propio ser físico (es decir, el funcionamiento físico, sexualidad o salud) Imagen corporal: mantener una visión positiva del propio cuerpo y del aspecto físico Yo personal Autocoherencia: mantener una autoorganización coherente y evitar el desequilibrio Yo ideal o autoexpectativas: mantener una visión positiva o esperanzadora de lo que uno es, lo que espera ser y lo que espera hacer Yo moral-espiritual-ético: mantener una evaluación positiva de lo que uno es Mantener relaciones cercanas y positivas con las personas que quieren dar y recibir amor, respeto y valor Saber quién es uno mismo y cuáles son las expectativas de la sociedad, de manera que pueda actuar correctamente dentro de ella

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Karen, una recién graduada en un programa de enfermería basado en el modelo de adaptación de Roy, está realizando sus valoraciones matinales. Entra en la habitación del Sr. Shadeed, que está esperando una preparación preoperatoria para una laparotomía para explorar una masa desconocida. Esta mañana el Sr. Shadeed está muy irritable. Dice que está sediento. Karen sigue evaluando al Sr. Shadeed.
 - a. ¿Qué otros datos necesitará de cada uno de los cuatro modos de adaptación antes de aplicar las intervenciones de enfermería?
 - b. ¿Cuáles son los estímulos focales, contextuales y residuales?
 - c. ¿Cuáles son las posibles intervenciones?
 - d. ¿Qué proceso puede utilizar Karen para seleccionar la mejor intervención de enfermería?
2. Aunque sería fácil suponer que las necesidades de cuidados de enfermería del Sr. Shadeed se derivan de la ansiedad durante el periodo preoperatorio, esta suposición puede ser cierta o no. La evaluación de los estímulos en cada uno de los cuatro modos de adaptación permitirá a Karen valorar los estímulos focales, contextuales y residuales, y llegar al diagnóstico correcto. Identifique los demás datos de la evaluación que Karen necesitará reunir para cada uno de los siguientes modos de adaptación.
 - Modo de adaptación fisiológica.
 - Modo de adaptación del autoconcepto.
 - Modo de adaptación de la función del rol.
 - Modo de adaptación de la interdependencia.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- *Nursing Science Quarterly* (2011). 24(4); número completo en honor a Roy y su trabajo.
- Phillips, K. D., & Harris, R. F. (2013). Roy's adaptation model in nursing practice. En M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 263–284). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Roy, C., & Jones, D. (Eds.). (2007). *Nursing knowledge development and clinical practice*. New York: Springer.
- Roy, C. (2007). Update from the future: Thinking of theorist Sr. Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 113–116.
- Sr. Callista Roy. *Portraits of excellence: The nurse theorists* (serie en vídeo/DVD) Vol. 1. Athens, OH: Fitne, Inc.
- Sr. Callista Roy. *Adaptation: Excellence in action* (vídeo/DVD). Athens, OH: Fitne, Inc.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews, H. (1991). Overview of the role function mode. In C. Roy, & H. Andrews (Eds.), *The Roy adaptation model: The definitive statement* (pp. 347–361). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Andrews, H., & Roy, C. (1986). *Essentials of the Roy adaptation model*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Andrews, H., & Roy, C. (1991). Essentials of the Roy adaptation model. In C. Roy, & H. Andrews (Eds.), *The Roy adaptation model: The definitive statement* (pp. 3–25). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Brower, H. T., & Baker, B. J. (1976). The Roy adaptation model. Using the adaptation model in a practitioner curriculum. *Nursing Outlook*, 24, 686–689.
- Buckner, E. B., Simmons, S., Brakefield, J. A., Hawkins, A. K., Feeley, C., Kilgore, L. A. F., et al. (2007). Maturing responsibility in young teens participating in an asthma camp: Adaptive mechanisms and outcomes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12, 24–36.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Chiou, C. P. (2000). A meta-analysis of the interrelationships between the modes in Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 13, 252–258.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner.
- Cunningham, D. A. (2002). Application of Roy's adaptation model when caring for a group of women coping with menopause. *Journal of Community Health Nursing*, 19, 49–60.
- Davies, P. (1988). *The cosmic blueprint*. New York: Simon & Schuster.
- de Chardin, P. T. (1959). *The phenomenon of man*. New York: Harper & Row.
- de Chardin, P. T. (1965). *Hymn of the universe*. New York: Harper & Row.
- de Chardin, P. T. (1966). *Man's place in nature*. New York: Harper & Row.
- de Chardin, P. T. (1969). *Human energy*. New York: Harper & Row.
- DeSanto-Madeya, S. (2009). Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. *Nursing Science Quarterly*, 22, 57–66.
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968a). Theory in a practice discipline. I. Practice oriented discipline. *Nursing Research*, 17, 415–435.

- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968b). Theory in a practice discipline. II. Practice oriented research. *Nursing Research*, 17, 545–554.
- DiMaggio, M. J., & Tulman, L. (2003). A longitudinal study of functional status and correlates following coronary artery bypass graft surgery in women. *Nursing Research*, 52, 98–107.
- Dobratz, M. C. (2003). Putting the pieces together: Teaching undergraduate research from a theoretical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 383–392.
- Dobratz, M. C. (2011). Toward development of a middle-range theory of psychological adaptation in death and dying. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 370–376.
- Dobratz, M. C. (2016). Building a middle-range theory of adaptive spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 146–153.
- Ducharme, E., Ricard, N., Duquette, A., Levesque, L., & Lachance, L. (1998). Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 11, 149–159.
- Dunn, K. S. (2004). Toward a middle-range theory of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly*, 77, 78–84.
- Farkas, L. (1981). Adaptation problems with nursing home application for elderly persons: An application of the Roy adaptation nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 363–368.
- Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st-century updates—Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*, 15, 308–310.
- Fawcett, J. (2005). Roy's adaptation model. In J. Fawcett (Ed.), *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (2nd ed., pp. 364–437). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fitzpatrick, J. J., Reed, P. G., Smith, M. C., Smith, M. J., & Roy, C. (2019). The nursing disciplinary perspective—50 years ago and the view forward. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 2.
- Flanagan, N. M. (2018). Persistent pain in older adults: Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 25–28.
- Frame, K., Kelly, L., & Bayley, E. (2003). Increasing perceptions of self-worth in preadolescents diagnosed with ADHD. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 225–229.
- Frederickson, K. (2000). Nursing knowledge development through research: Using the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 13, 12–16.
- Galligan, A. C. (1979). Addressing small children. Using Roy's concept of adaptation to care for young children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 4, 24–28.
- Harris, R. F. (2012). *Effects of a home-based exercise program on perception of illness and adaptation in heart failure patients*: University of Tennessee. [Doctoral dissertation]. http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1475.
- Hill, B. J., & Roberts, C. S. (1981). Formal theory construction: An example of the process. In C. Roy, & S. L. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Illich, I. (1974). Medical nemesis. *Lancet*, 1, 918–921.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health*. Boyars: London.
- Jirovec, M. M., Jenkins, J., Isenberg, M., & Baiardi, J. (1999). Urine control theory derived from Roy's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*, 12, 251–255.
- Kan, E. Z. (2009). Perceptions of recovery, physical health, personal meaning, role function, and social support after first-time coronary artery bypass surgery. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28, 189–195.
- Levesque, L., Ricard, N., Ducharme, F., Duquette, A., & Bonin, J. P. (1998). Empirical verification of a theoretical model derived from the Roy adaptation model: Findings from five studies. *Nursing Science Quarterly*, 11(1), 31–39.
- Limandri, B. J. (1986). Research and practice with abused women—Use of the Roy adaptation model as an explanatory framework. *Advances in Nursing Science*, 8, 52–61.
- Malinski, V. M. (2000). Commentary. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 16–17.
- Mastal, M. F., & Hammond, H. (1980). Analysis and expansion of the Roy adaptation model: A contribution to holistic nursing. *Advances in Nursing Science*, 2, 71–81.
- Mastal, M. F., Hammond, H., & Roberts, M. P. (1982). Theory into hospital practice: A pilot implementation. *Journal of Nursing Administration*, 12, 9–15.
- McDonald, F. J., & Harms, M. (1966). Theoretical model for an experimental curriculum. *Nursing Outlook*, 14, 48–51.
- Meleis, A. I. (1985). *Theoretical nursing development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Modrcin-McCarthy, M. A., McCue, S., & Walker, J. (1997). Preterm infants and STRESS: A tool for the neonatal nurse. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 10, 62–71.
- Modrcin-Talbott, M. A., Harrison, L. L., Groer, M. W., & Younger, M. S. (2003). The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Nursing Science Quarterly*, 16, 60–67.
- Nayback, A. M. (2009). PTSD in the combat veteran: Using Roy's adaptation model to examine the combat veteran as a human adaptive system. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 304–310.
- Newman, D. M. (1997). The inventory of functional status—Caregiver of a child in a body cast. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 142–147.
- Nuamah, I. F., Cooley, M. E., Fawcett, J., & McCorkle, R. (1999). Testing a theory for health-related quality of life in cancer patients: A structural equation approach. *Research in Nursing & Health*, 22, 231–242.
- Pollock, S. E. (1993). Adaptation to chronic illness: A program of research for testing nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 6(2), 86–92.
- Rambo, B. (1983). *Adaptation nursing: Assessment and intervention*. Philadelphia: Saunders.
- Ramini, S. K., Brown, R., & Buckner, E. B. (2008). Embracing changes: Adaptation by adolescents with cancer. *Pediatric Nursing*, 34, 72–79.

- Randell, B., Tedrow, M. P., & Van Landingham, J. (1982). *Adaptation nursing: The Roy conceptual model applied*. St. Louis: Mosby.
- Reynolds, P. D. (1971). *A primer in theory construction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Riehl, J. P., & Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*, 18, 42–45.
- Roy, C. (1971). Adaptation: A basis for nursing practice. *Nursing Outlook*, 19, 254–257.
- Roy, C. (1973). Adaptation: Implications for curriculum change. *Nursing Outlook*, 21, 163–168.
- Roy, C. (1975). A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*, 23, 90–94.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C. (1976). The impact of nursing diagnosis. *Nursing Digest*, 4, 67–69.
- Roy, C. (1979). Relating nursing theory to nursing education: A new era. *Nurse Educator*, 4, 16–21.
- Roy, C. (1980). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 179–188). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C. (1997). Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 42–48.
- Roy, C. (2000). The visible and invisible fields that shape the future of the nursing care system. *Nursing Administration Quarterly*, 25(1), 119–131.
- Roy, C. (2011). Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 312–320.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351.
- Roy, C. (2018a). Key issues in nursing theory: Developments, challenges, and future directions. *Nursing Research*, 67(2), 81–92.
- Roy, C. (2018b). Nursing knowledge in the 21st century: Domain-driven and basic science practice-shaped. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 28–42.
- Roy, C., & Andrews, H. (1991). *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Roy, C., Bakan, G., Li, Z., & Nguyen, T. H. (2016). Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Applied Nursing Research*, 32, 73–79.
- Roy, S. C., & Corliss, C. P. (1993). The Roy adaptation model: Theoretical update and knowledge for practice. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing (NLN Pub. 15–2548).
- Roy, C., & McLeod, D. (1981). Theory of the person as an adaptive system. In C. Roy, & S. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: Art adaptation model* (pp. 49–69). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C., & Obloy, M. (1978). The practitioner movement. *American Journal of Nursing*, 78, 1698–1702.
- Roy, C., & Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C., & Zhan, L. (2001). The Roy adaptation model: Theoretical update and knowledge for practice. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 315–342). Philadelphia: F. A. Davis. 2019.
- Russo, S., Baumann, S. L., Velasco-Whetsell, M., & Roy, C. (2019). A comparison of two case studies using the Roy adaptation model: Parents of opioid-dependent adults and bariatric surgery. *Nursing Science Quarterly*, 32(1), 61–67.
- Senesac, P. (2003). Implementing the Roy adaptation model: From theory to practice. *Roy Adaptation Review*, 4(2).
- Silva, M. C. (1986). Research testing nursing theory: State of the art. *Advances in Nursing Science*, 9, 1–11.
- Starnes, T. M., & Peters, R. M. (2004). Anger, expression, and blood pressure in adolescents. *Journal of School Nursing*, 20, 335–342.
- Swimme, B., & Berry, T. (1992). *The universe story*. San Francisco: Harper.
- Tehan, T.M., Cornine, A.E., Amoah, R.K., Aung, T.Z., Willis, D.G., & Grace, P.J., et al. Realizing the focus of the discipline: Facilitating humanization in PhD education: A student exemplar integrating nature and health. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 69–80.
- Tiedeman, M. E. (1983). The Roy adaptation model. In J. Fitzpatrick, & A. Whall (Eds.), *The Roy adaptation model* (pp. 157–180). Bowie, MD: Brady.
- Tsai, P. F. (2003). Middle-range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*, 16(2), 137–145.
- Tsai, P. F., Tak, S., Moore, C., & Palencia, I. (2003). Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 158–169.
- Villareal, E. (2003). Using Roy's adaptation model when caring for a group of young women contemplating quitting smoking. *Public Health Nursing*, 20, 377–384.
- Wagner, P. (1976). The Roy adaptation model. Testing the adaptation model in practice. *Nursing Outlook*, 24, 682–685.
- Weiland, S. (2010). Integrating spirituality into critical care: An APN perspective using Roy's adaptation model. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33, 282–291.
- Weiss, M., Fawcett, J., & Aber, C. (2009). Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2938–2948.
- Whittemore, R., & Roy, C. (2002). Adapting to diabetes mellitus: A theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 15, 311–317.
- Woods, S. J., & Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 215–221.
- Yeh, C. H. (2001). Adaptation in children with cancer: Research with Roy's model. *Nursing Science Quarterly*, 14, 141–148.
- Yeh, C. H. (2002). Health-related quality of life in pediatric patients with cancer—A structural equation approach with the Roy adaptation model. *Cancer Nursing*, 25, 74–80.
- Young-McCaughan, S., Mays, M. Z., Arzola, S. M., Yoder, L. H., Dramiga, S. A., Leclerc, K. M., et al. (2003). Research and

commentary: Change in exercise tolerance, activity and sleep patterns, and quality of life in patients with cancer participating in a structured exercise program. *Oncology Nursing Forum*, 30, 441–454.

- Zeigler, L., Smith, P. A., & Fawcett, J. (2004). Breast cancer: Evaluation of Common Journey Breast Cancer Support Group. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 467–478.
- Zhan, L. (2000). Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: Testing Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 158–165.
- Zhan, L., & Shen, C. (1994). The development of an instrument to measure self-consistency. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 509–516.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Andrews, H., & Roy, C. (1986). *Essentials of the Roy adaptation model*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Boston-Based Adaptation Research in Nursing Society. (1999). *Roy adaptation model-based research: 25 years of contributions to nursing science*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Riehl, J. P., & Roy, C. (1974). *Conceptual models for nursing practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Riehl, J. P., & Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C. (1982). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Tokyo, Japan: UNI Agency: Japanese translation by Yuriko Kanematsu).
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1991). *The Roy adaptation model: The definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C., & Roberts, S. (1981). *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Capítulos de libros

- Barone, S. H., & Roy, C. (1996). The Roy adaptation model in research: Rehabilitation nursing. In P. H. Walker, & B. Neuman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration* (pp. 64–87). New York: National League for Nursing.
- Morgillo-Freeman, S., & Roy, C. (2005). Cognitive behavior therapy and the Roy adaptation model: A discussion of theoretical integration. In S. M. Freeman, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavior therapy in nursing practice* (pp. 3–27). New York: Springer.
- Roy, C. (1974). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 135–144). New York: Appleton-Century-Crofts.

- Roy, C. (1980). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 179–188). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Roy, C. (1981). A systems model of nursing care and its effect on the quality of human life. In G. E. Lasker (Ed.), *Applied systems and cybernetics. Vol. 4. Systems research in health care, biocybernetics, and ecology* (pp. 1705–1714). New York: Pergamon.
- Roy, C. (1983). A conceptual framework for clinical specialist practice. In A. B. Hamrick, & J. Spross (Eds.), *The clinical nurse specialist in theory and practice* (pp. 3–20). New York: Grune & Stratton.
- Roy, C. (1983). The expectant family: Analysis and application of the Roy adaptation model, and the family in primary care—Analysis and application of the Roy adaptation model. In I. W. Clements, & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care* (pp. 298–303). New York: Wiley.
- Roy, C. (1983). Roy adaptation model. In I. Clements, & F. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to family health* (pp. 255–278). New York: Wiley.
- Roy, C. (1983). Theory development in nursing: A proposal for direction. In N. Chaska (Ed.), *The nursing profession: A time to speak* (pp. 453–467). New York: McGraw-Hill.
- Roy, C. (1987). The influence of nursing models on clinical decision making II. In K. J. Hannah, M. Reimer, W. C. Mills, & S. Letourneau (Eds.), *Clinical judgment and decision making. The future of nursing diagnosis* (pp. 42–47). New York: Wiley.
- Roy, C. (1987). Roy's adaptation model. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 35–45). Philadelphia: Saunders.
- Roy, C. (1988). *Sister Callista Roy. In Making choices: Taking chances* (pp. 291–298). Mosby: St Louis.
- Roy, C. (1989). The Roy adaptation model. In J. P. Riehl (Ed.), *Conceptual models for nursing practice* (3rd ed., pp. 105–114). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C. (1991). Altered cognition: An information processing approach. In P. H. Mitchell, L. C. Hodges, M. Muwaswes, & C. A. Walleck (Eds.), *AANN's neuroscience nursing: Phenomenon and practice: Human responses to neurological health problems* (pp. 185–211). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C. (1991). Structure of knowledge: Paradigm, model, and research specifications for differentiated practice. In I. E. Goertzen (Ed.), *Differentiating nursing practice: Into the twenty-first century* (pp. 31–39). Kansas City, MO: American Academy of Nursing.
- Roy, C. (1992). Vigor, variables, and vision: Commentary of Florence Nightingale. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (Commemorative edition, pp. 63–71). Philadelphia: Lippincott.
- Roy, C. (2000). Alteration in cognitive processing. In C. Stewart-Amidei, J. Kunkel, & K. Bronstein (Eds.), *AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction* (2nd ed., pp. 275–323). Philadelphia: Saunders.
- Roy, C. (2000). *NANDA and the nurse theorists: The truth of nursing theory*. In *North American Nursing Diagnosis*

- Association, *Classification of nursing diagnoses* (pp. 57–59). St. Louis: Mosby.
- Roy, C. (2001). Alterations in cognitive processing. In C. Stewart-Amidei, & J. A. Kunkel (Eds.), *AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Roy, C., et al. (2007). The Roy adaptation model: Historical and philosophical foundations. In M. E. Moreno et al (Ed.), *Aplicación del modelo adaptación en el ciclo vital humano* (2nd ed.). Chia, Colombia: Universidad de La Sabana.
- Roy, C., & Anway, J. (1989). Roy's adaptation model: Theories and hypotheses for nursing administration. In B. Henry, M. DiVincenti, C. Arndt, & A. Marriner Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education, and practice* (pp. 75–88). Boston: Blackwell Scientific.
- Roy, C., & Corliss, C. P. (1993). The Roy adaptation model. Theoretical update and knowledge for practice. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 215–229). New York: National League for Nursing.
- Roy, C., & McLeod, D. (1981). Theory of the person as an adaptive system. In C. Roy, & S. L. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: An adaptation model* (pp. 49–69). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Artículos de revistas**
- Artinian, N. T., & Roy, C. (1990). Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification. Commentary (Artinian) and response (Roy). *Nursing Science Quarterly*, 3(2), 60–66.
- Hanna, D. R., & Roy, C. (2001). Roy adaptation model perspectives on family. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 9–13.
- Pollock, S. E., Frederickson, K., Carson, M. A., Massey, V. H., & Roy, C. (1994). Contributions to nursing science: Synthesis of findings from adaptation model research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 8(4), 361–374.
- Roy, C. (1970). Adaptation: A conceptual framework in nursing. *Nursing Outlook*, 18, 42–45.
- Roy, C. (1971). Adaptation: A basis for nursing practice. *Nursing Outlook*, 19, 254–257.
- Roy, C. (1973). Adaptation: Implications for curriculum change. *Nursing Outlook*, 21, 163–168.
- Roy, C. (1975). A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook*, 23, 90–94.
- Roy, C. (1975). The impact of nursing diagnosis. *AORN Journal*, 21, 1023–1030.
- Roy, C. (1976). *The Roy adaptation model: Comment*. *Nursing Outlook*, 24, 690–691.
- Roy, C. (1979). Nursing diagnosis from the perspective of a nursing model. *Nursing Diagnosis Newsletter*, 6(3), 1–3.
- Roy, C. (1979). Relating nursing theory to nursing education: A new era. *Nurse Educator*, 4(2), 16–21.
- Roy, C. (1980). Exposé de Callista Roy sur theories. Exposé de Callista Roy sur l'utilisation de sa theories au nouveau de la recherche. *Acta Nursologica*, 3. Essay by Castilla Roy on theories. Essay by Castilla Roy on utilization of her theories in new research. *Acta Nursologica*, 3.
- Roy, C. (1987). Response to "Needs of spouses of surgical patients, a conceptualization within the Roy adaptation model." *Scholarly Journal for Nursing Practice*, 1(1), 45–50.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 26–34.
- Roy, C. (1988). Human information processing and nursing research. *Annual Review of Nursing Research*, 6, 237–262.
- Roy, C. (1990). Case reports can provide a standard for care in nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 6(3), 179–180.
- Roy, C. (1990). Strengthening the Roy adaptation model through conceptual clarification. *Nursing Science Quarterly*, 3(2), 64–66.
- Roy, C. (1991). Theory and research for clinical knowledge development. *Journal of Japanese Nursing Research*, 14(1), 21–29.
- Roy, C. (1995). Developing nursing knowledge: Practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 79–85.
- Roy, C. (1997). Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 42–48.
- Roy, C. (2000). Critique: Research on cognitive consequences of treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4), 291.
- Roy, C. (2000). A theorist envisions the future and speaks to nursing administrators. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 1–12.
- Roy, C. (2000). The visible and invisible fields that shape the future of the nursing care system. *Nursing Administration Quarterly*, 25(1), 119–131.
- Roy, C. (2003). Reflections on nursing research and the Roy adaptation model. *Japanese Journal of Nursing Research*, 36(1), 7–11.
- Roy, C. (2011). Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 312–320.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351.
- Tesis doctorales**
- Roy, C. (1977). *Decision-making by the physically ill and adaptation during illness*. Los Angeles, CA: University of California, Los Angeles. Unpublished doctoral dissertation.
- Fuentes secundarias**
- Capítulos de libros**
- Galbreath, J. (2002). Roy adaptation model: Sister Callista Roy. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (pp. 295–338). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Phillips, K. D. (2002). Roy's adaptation model in nursing practice. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory: Utilization & application* (pp. 289–314). St Louis: Mosby.
- Tiedeman, M. E. (2005). Roy's adaptation model. In J. J. Fitzpatrick, & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (4th ed., pp. 146–176). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Tesis doctorales

- Ahern, E. (2006). *Elaboration d'un modele theorique de l'agression en milieu psychiatrique et developpement d'instruments de mesure*. Doctoral dissertation Université de Montreal. *Dissertation Abstracts International*, 68, 3698.
- Arcamone, A. A. (2005). *The effect of prenatal education on adaptation to motherhood after vaginal childbirth in primiparous women as assessed by Roy's four adaptive modes*. Doctoral dissertation Widener University. *Dissertation Abstracts International*, 66, 4722.
- Beck-Little, R. (2000). *Sleep enhancement interventions and the sleep of institutionalized older adults*. Doctoral dissertation University of South Carolina. *Dissertation Abstracts International*, 61, 3503.
- Black, K. D. (2004). *Physiologic responses, sense of well-being, self-efficacy for self-monitoring role, perceived availability of social support, and perceived stress in women with pregnancy-induced hypertension*. Doctoral dissertation Widener University. *Dissertation Abstracts International*, 65, 1773.
- Chayaput, P. (2004). *Development and psychometric evaluation of the Thai version of the Coping and Adaptation Processing Scale*. Doctoral dissertation Boston College. *Dissertation Abstracts International*, 65, 2864.
- Cheng, S. (2002). *A multi-method study of Taiwanese children's pain experience*. Doctoral dissertation University of Colorado Health Sciences Center. *Dissertation Abstracts International*, 63, 1265.
- Dunn, K. S. (2001). *Adaptation to chronic pain: Religious and non-religious coping in Judeo-Christian elders*. Doctoral dissertation Wayne State University. *Dissertation Abstracts International*, 62, 5640.
- Frame, K. R. (2002). *The effect of a support group on perceptions of scholastic competence, social acceptance and behavioral conduct in preadolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder*. Doctoral dissertation Widener University. *Dissertation Abstracts International*, 63, 737.
- Gipson-Jones, T. L. (2005). *The relationship between work-family conflict, job satisfaction and psychological well-being among African American nurses*. Doctoral dissertation Hampton University. *Dissertation Abstracts International*, 66, 2512.
- Harner, H. M. (2001). *Obstetrical outcomes of teenagers with adult and peer age partners*. Doctoral dissertation University of Pennsylvania. *Dissertation Abstracts International*, 62, 2256.
- Henderson, P. D. (2002). *African-American women coping with breast cancer*. Doctoral dissertation, Hampton University. *Dissertation Abstracts International*, 63, 5764.
- Huang, C. M. (2002). *Sleep and daytime sleepiness in first-time mothers during early postpartum in Taiwan*. Doctoral dissertation University of Texas at Austin. *Dissertation Abstracts International*, 64, 3189.
- Jenkins, B. E. (2006). *Emotional intelligence of faculty members, the learning environment, and empowerment of baccalaureate students*. Doctoral dissertation Columbia University. *Dissertation Abstracts International*, 67, 3701.
- Kan, E. Z. (2007). *Adaptive behaviors and perceptions of recovery following coronary artery bypass graft surgery*. [Doctoral dissertation, Widener University]. *Dissertation Abstracts International*, 68, 4390.
- Kittiwatanapaisan, W. (2002). *Measurement of fatigue in myasthenia gravis patients*. Doctoral dissertation University of Alabama at Birmingham. *Dissertation Abstracts International*, 63, 4595.
- Klein, G. J. M. (2000). *The relationships among anxiety, self-concept, the impostor phenomenon, and generic senior baccalaureate nursing students' perceptions of clinical competency*. Doctoral dissertation Widener University. *Dissertation Abstracts International*, 61, 5236.
- Kochniuk, L. (2004). *We never buy green bananas: The oldest old. A phenomenological study*. Doctoral dissertation, University of Idaho. *Dissertation Abstracts International*, 65, 2318.
- Lefaiwer, C. A. (2006). *Quality of life: The dyad of caregivers and lung transplant candidates*. Doctoral dissertation Loyola University. *Dissertation Abstracts International*, 67, 4978.
- Lu, Y. (2001). *Caregiving stress effects on functional capability and self-care behavior for elderly caregivers of persons with Alzheimer's disease*. Doctoral dissertation Case Western Reserve University, Health Sciences. *Dissertation Abstracts International*, 62, 1807.
- Mahoney, E. T. (2000). *The relationships among social support, coping, self-concept, and stage of recovery in alcoholic women*. Doctoral dissertation Catholic University of America. *Dissertation Abstracts International*, 61, 1872.
- Otten, R. (2005). *History of associate degree nursing at Mount St. Mary's College: 1970-2005*. Doctoral dissertation Pepperdine University. *Dissertation Abstracts International*, 67, 492.
- Phahuwatanakorn, W. (2004). *The relationships between social support, maternal employment, postpartum anxiety, and maternal role competencies in Thai primiparous mothers*. Doctoral dissertation Catholic University of America. *Dissertation Abstracts International*, 64, 5451.
- Sabatini, M. (2003). *Exercise and adaptation to aging in older women*. Doctoral dissertation Widener University. *Dissertation Abstracts International*, 64, 3748.
- Saint-Pierre, C. (2003). *Elaboration et verification d'un modele predictif de l'adaptation aux roles associes de mere et de travailleuse a statut precare*. Doctoral dissertation Université de Montreal. *Dissertation Abstracts International*, 65, 1252.
- Sander, R. A. (2004). *Measurement of functional status in the spinal cord injured patient*. Doctoral dissertation Saint Louis University. *Dissertation Abstracts International*, 65, 1783.
- Senesac, P. M. (2004). *The Roy Adaptation Model: An action research approach to the implementation of a pain management organizational change project*. Doctoral dissertation Boston College. *Dissertation Abstracts International*, 65, 2872.
- Stephens, K. A. (2005). *Preoxygenation practices prior to tracheal suctioning by nurses caring for individuals with spinal cord injury*. Doctoral dissertation Loyola University. *Dissertation Abstracts International*, 66, 2518.
- Toughill, E. H. (2001). *Quality of life: The impact of age, severity of urinary incontinence and adaptation*. Doctoral dissertation New York University. *Dissertation Abstracts International*, 61, 5240.

- Wright, R. R. (2007). *Experiences of emergency nurses: What has been learned from traumatic and violent events*. Doctoral dissertation Columbia University. *Dissertation Abstracts International*, 68, 3698.
- Wunderlich, R. J. (2003). *An exploratory study of physiological and psychological variables that predict weaning from mechanical ventilation*. Doctoral dissertation Saint Louis University. *Dissertation Abstracts International*, 64, 3750.
- Zbegner, D. K. (2003). *An exploratory retrospective study using the Roy adaptation model: The adaptive mode variables of physical energy level, self-esteem, marital satisfaction, and parenthood motivation as predictors of coping behaviors in infertile women*. Doctoral dissertation Widener University. *Dissertation Abstracts International*, 64, 3751.
- Artículos de revistas**
- Dawson, S. (1998). Adult/elderly care nursing: Preamputation assessment using Roy's adaptation model. *British Journal of Nursing*, 7(9), 538–542. 536.
- Decker, J. W. (2000). The effects of inflammatory bowel disease on adolescents. *Gastroenterology Nursing*, 23(2), 63–66.
- Niska, K. J. (2001). Mexican American family survival, continuity, and growth: The parental perspective. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 322–329.
- Nyqvist, K. H., & Sjoden, P. O. (1993). Advice concerning breast-feeding from mothers of infants admitted to a neonatal intensive-care unit—The Roy adaptation model as a conceptual structure. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 54–63.
- Samarel, N., Fawcett, J., Krippendorf, K., Piacentino, J.C., Eliasof, B., & Hughes, P., et al. Women's perception of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1259–1268.
- Samarel, N., Fawcett, J., Tulman, L., Rothman, H., Spector, L., Spillane, P. A., et al. (1999). A resource kit for women with breast cancer: Development and evaluation. *Oncology Nursing Forum*, 26(3), 611–618.
- Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 25, 459–470.

Dorothy Johnson: modelo del sistema conductual

Bonnie Holaday*



Dorothy E. Johnson
(1919-1999)

«Todos nosotros, científicos y profesionales en ejercicio, debemos dirigir nuestra atención a la práctica y plantear preguntas sobre esa práctica. Debemos ser inquisitivos y preguntar, buscando comprender de la forma más completa y real posible los problemas teóricos y prácticos que encontramos.»

(Johnson, 1976)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Dorothy E. Johnson nació el 21 de agosto de 1919 en Savannah, Georgia. Realizó un curso de preparación enfermera en el Armstrong Junior College de Savannah, en Georgia (1938); se licenció en Enfermería en 1942 en la Vanderbilt University en Nashville (Tennessee) y obtuvo su máster en Salud Pública en la Harvard University en Boston (1948).

La experiencia profesional de Johnson consistió principalmente en la enseñanza, aunque fue enfermera en el Chatham-Savannah Health Council de 1943 a 1944. Había sido instructora y profesora ayudante de Enfermería Pediátrica en la Vanderbilt University School of Nursing. Desde 1949 hasta su jubilación en 1978, cuando se trasladó a Cayo Largo (Florida), Johnson trabajó como profesora ayudante de Enfermería Pediátrica, profesora asociada de Enfermería y profesora de Enfermería en la Universidad de California en Los Ángeles.

En 1955 y 1956, Johnson ejerció como asesora de enfermería pediátrica en la Christian Medical College School of Nursing de Vellore, al sur de la India. Además, de 1965 a 1967 dirigió el comité de la California Nurses Association, que desarrolló un documento sobre las especificaciones para la especialista clínica. Las publicaciones de Johnson incluyen cuatro libros, más de 30 artículos en publicaciones periódicas

y numerosas ponencias, informes, actas y monografías (Johnson, 1980).

De los muchos honores que recibió, Johnson (comunicación personal, 1984) se sentía especialmente orgullosa del Premio al Profesorado de 1975 otorgado por los estudiantes de grado, el Premio Lulu Hassenplug como distinción por sus logros, que recibió en 1977 por la California Nurses Association, y el Premio a la excelencia en enfermería de la Vanderbilt University School of Nursing, que recibió en 1981. Murió en febrero de 1999 a la edad de 80 años. Se sentía satisfecha porque su modelo de sistema conductual se utilizó para desarrollar una base teórica en enfermería y sirvió como modelo para la práctica enfermera en instituciones. No obstante, su mayor fuente de satisfacción era seguir las brillantes carreras de sus estudiantes (Johnson, comunicación personal, 1996).

FUENTES TEÓRICAS

El modelo del sistema conductual de Johnson estuvo fuertemente influido por el libro de Florence Nightingale *Notes on Nursing* (Johnson, 1992). Johnson empezó a trabajar en su modelo con la premisa de que la enfermería era una profesión que hacía una contribución característica al bienestar de la sociedad. Por tanto, la enfermería tenía un objetivo explícito de acción en el bienestar del paciente. Su tarea era aclarar la misión social de la enfermería desde la «perspectiva de una visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos» (Johnson, 1977). Aceptó la creencia de Nightingale de que el

*Autoras anteriores: Victoria M. Brown, Sharon S. Conner, Linda S. Harbour, Jude A. Magers y Judith K. Watt.

primer asunto de interés de la enfermería es la «relación entre la persona enferma y su entorno, no con la enfermedad» (Johnson, 1977). Johnson (1977) señaló que la «transición de este enfoque hacia una orientación más sofisticada y teóricamente más sólida al sistema conductual solo duró unos pocos años y contó con el respaldo de mis conocimientos (y los de mis compañeros) cada vez mayores sobre los sistemas de acción humanos y de los conocimientos en rápido aumento sobre los sistemas conductuales». Johnson (1977) llegó a concebir la contribución específica de la enfermería al bienestar del paciente como la de fomentar «un funcionamiento conductual eficiente y eficaz en la persona, tanto para prevenir la enfermedad como durante y después de ella».

Johnson utilizó el trabajo de los científicos conductuales en psicología, sociología y etnología para desarrollar su teoría. La bibliografía interdisciplinaria que Johnson citó se centró en conductas observables que tenían una significación adaptativa. Este volumen bibliográfico influyó en la identificación y el contenido de sus siete subsistemas. Talcott Parsons es reconocido específicamente en los primeros escritos de desarrollo, que presentan los conceptos del modelo del sistema conductual de Johnson (Johnson, 1961a). La teoría de la acción social de Parsons (1951, 1964) hacía hincapié en un enfoque estructural-funcional. Una de sus principales contribuciones fue reconciliar el funcionalismo (la idea de que toda conducta social observable tiene una función que realizar) con el estructuralismo (la idea de que las conductas sociales, más que ser directamente funcionales, son expresiones de estructuras subyacentes profundas en los sistemas sociales). Por tanto, las estructuras (sistemas sociales) y todas las conductas tienen como función mantener el sistema. Los componentes de la estructura de un sistema social –objetivo, servicio, elección y conducta– son iguales en las teorías de Parsons y Johnson.

Johnson también se basó en gran medida en la teoría de sistemas y utilizó los conceptos y definiciones de Rapoport, Chin, von Bertalanffy y Buckley (Johnson, 1980). En la teoría de sistemas, igual que en la teoría de Johnson, una de las suposiciones básicas incluye el concepto de orden. Otra es que un sistema es un conjunto de uniones que interaccionan y forman un todo con el fin de realizar cierta función. Johnson conceptualizó a la persona como un sistema conductual en el que la conducta de un individuo como un todo es el foco. Y lo es en lo que el individuo hace y por qué. Una de las ventajas de la teoría del sistema conductual de Johnson es la integración coherente de conceptos que definen los sistemas conductuales extraídos de la teoría de sistemas general. Entre estos conceptos se incluyen el holismo, la búsqueda de objetivos, la interrelación/interdependencia, la estabilidad, la inestabilidad, los subsistemas, la regularidad, la estructura, la función, la energía, la retroalimentación y la adaptación.

Johnson señaló que, aunque la literatura indica que otros autores apoyan la idea de que una persona es un sistema conductual cuyos patrones de respuesta específicos forman un todo organizado e integrado, la idea original era suya, hasta donde ella sabía. Puesto que el desarrollo del conocimiento de

todo el sistema biológico es posterior al conocimiento de las partes, el desarrollo del conocimiento de los sistemas conductuales se centra en las respuestas específicas conductuales. Desde que se presentó por primera vez esta idea, se han publicado numerosas obras empíricas que respaldan la idea del sistema conductual como un todo y su utilidad como marco para tomar decisiones en la investigación, la formación y la práctica de la enfermería (Benson, 1997; Derdarian, 1991; Grice, 1997; Holaday, 1981, 1982; Holaday et al., 1996; Lachicotte y Alexander, 1990; Martha et al., 2004; Oyedele et al., 2013; Poster et al., 1997; Turner-Henson, 1992; Wang y Palmer, 2010; Wilmoth, 2007; Wilmoth y Ross, 1997).

Desarrollando el modelo del sistema conductual desde una perspectiva filosófica, Johnson (1980) escribió que la enfermería contribuye a facilitar un funcionamiento conductual eficaz en el paciente antes, durante y después de la enfermedad. Utilizó conceptos procedentes de otras disciplinas, como el aprendizaje social, la motivación, la estimulación sensorial, la adaptación, la modificación conductual, el proceso de cambio, la tensión y el estrés, para ampliar su teoría y adecuarla a la práctica enfermera.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Los orígenes empíricos de esta teoría comienzan con el uso del pensamiento de sistemas (síntesis) por parte de Johnson. Este proceso se concentra en la función y la conducta del todo y se centra en la comprensión y explicación del sistema conductual. El trabajo de Johnson sobre el modelo del sistema conductual se correspondió con la «época de los sistemas». El texto fundamental de Buckley (1968) se publicó el mismo año en que Johnson presentó formalmente su teoría en la Vanderbilt University.

La teoría de sistemas, como ciencia básica, se ocupa en un nivel abstracto de las propiedades generales de los sistemas, independientemente de la forma física o del ámbito de aplicación. La teoría general de sistemas se basaba en la suposición de que todos los tipos de sistemas tenían características comunes, independientemente de su naturaleza interna. Johnson utilizó la teoría general de sistemas y el pensamiento de sistemas para reunir un corpus de constructos teóricos, además de explicar sus interrelaciones, para identificar y describir la misión de la enfermería. El modelo del sistema conductual de Johnson proporcionó un marco que se basa en su síntesis de las partes que componen este sistema y una descripción del contexto de las relaciones entre sí (subsistemas) y con otros sistemas (entorno).

En contraste con el reduccionismo científico, Johnson propuso ver la enfermería de una forma holística, es decir, como un sistema conductual. En consonancia con la teoría de sistemas, el modelo del sistema conductual de Johnson permite comprender un sistema examinando los vínculos e interacciones entre los elementos que lo componen en su totalidad. En los siguientes párrafos se describe cómo Johnson incorporó

conocimientos empíricos de otras disciplinas a su modelo del sistema conductual.

Los conceptos que Johnson identificó y definió en su teoría están respaldados por la literatura. Señaló que Escalona y Leitch estaban de acuerdo en que la tensión produce cambios conductuales y que la manifestación de la tensión por parte de un individuo depende de factores tanto internos como externos (Johnson, 1980). Johnson (1959a) utilizó el trabajo de Selye, Grinker, Simmons y Wolff para apoyar la idea de que los patrones conductuales específicos son reacciones a factores estresantes de origen biológico, psicológico y sociológico, respectivamente. El modelo de Johnson (1961b) discrepaba con respecto a la concepción del estrés de Selye. El concepto de estrés de Johnson «se parece mucho a la conceptualización de Caudill; es decir, el estrés es un proceso en el que hay una interacción entre varios estímulos y las defensas erigidas contra ellos. Los estímulos pueden ser positivos si lo que se desea o se necesita está presente, o negativos si lo que se desea o se necesita está ausente» (Johnson, 1961a, p. 7). Selye «concibe el estrés como un «estado» manifestado por el síndrome específico que consiste en todos los cambios inducidos inespecíficamente dentro de un sistema biológico» Johnson, 1961a, p. 7).

En *Conceptual Models for Nursing Practice*, Johnson (1980) describió siete subsistemas que conforman su sistema conductual. Para respaldar el subsistema de apego-afiliativo, citó el trabajo de Ainsworth y Robson. Heathers, Gerwitz y Rosenthal

describieron y explicaron la conducta de dependencia, otro subsistema que Johnson definió. Los sistemas de respuesta de ingestión y eliminación, descritos por Walike, Mead y Sears, también forman parte del sistema conductual de Johnson. Los trabajos de Kagan y Resnik se utilizaron como apoyo del subsistema sexual. El subsistema agresivo-protector, cuya función es proteger y preservar, está respaldado por Lorenz y Feshbach (Feshbach, 1970; Johnson, 1980; Lorenz, 1966). Según Atkinson, Feather y Crandell, las habilidades físicas, creativas, mecánicas y sociales se manifiestan mediante la conducta de realización, otro subsistema identificado por Johnson (1980).

El subsistema restaurador fue desarrollado por profesores y clínicos para incluir conductas como el sueño, el juego y la relajación (Grubbs, 1980). Aunque Johnson (comunicación personal, 1996) estaba de acuerdo en que «puede haber más o menos subsistemas» que los identificados originalmente, no apoyó el subsistema **restaurador** como parte del modelo del sistema conductual. Ella creía que el sueño es principalmente una fuerza biológica, no una conducta motivacional. Sugirió que muchas de las conductas identificadas en los niños durante sus primeros años de vida, como el juego, son en realidad conductas de realización. Johnson (comunicación personal, 1996) afirmó que era necesario examinar la posibilidad de un octavo subsistema que se ocupa de las conductas exploradoras; una investigación más a fondo podría delinearlos como un subsistema separado del subsistema de realización.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Conducta

Johnson aceptó la definición de conducta expresada por los científicos conductuales y biológicos, es decir, es el resultado de las estructuras y los procesos intraorgánicos coordinados y articulados por los cambios en la estimulación sensorial y como respuesta a ellos. Johnson (1980) se centró en la conducta afectada por la presencia real o implícita de otros seres sociales, lo que ha demostrado tener una gran importancia adaptativa.

Sistema

Utilizando la definición de sistema de Rapoport de 1968, Johnson (1980) afirmó: «Un sistema es un conjunto que funciona como un todo en virtud de la interdependencia de sus partes» (p. 208). Aceptó la afirmación de Chin de que hay «organización, interacción, interdependencia e integración de las partes y elementos» (Johnson, 1980, p. 208). Además, la persona se esfuerza por mantener un equilibrio en estas partes mediante ajustes y adaptaciones a las fuerzas incidentes.

Sistema conductual

Un sistema conductual engloba las formas conductuales paupadas, repetitivas e intencionadas. Estas conductas forman

una unidad funcional organizada e integrada que determina y limita la interacción entre la persona y su entorno y establece la relación entre la persona y los objetos, acontecimientos y situaciones de su entorno. Por lo general, el comportamiento puede describirse y explicarse. La persona, como sistema conductual, trata de alcanzar la estabilidad y el equilibrio mediante ajustes y adaptaciones, que tienen más o menos éxito, para lograr un funcionamiento eficiente y eficaz. El sistema suele ser lo suficientemente flexible como para adaptarse a las influencias que recibe (Johnson, 1980).

Subsistemas

El sistema conductual tiene muchas tareas que realizar, por lo que las partes del sistema evolucionan hacia subsistemas con tareas especializadas. Un subsistema es «un minisistema con su propio objetivo y función particular que puede mantenerse mientras no se perturbe su relación con los demás subsistemas o con el entorno» (Johnson, 1980, p. 209). Los siete subsistemas identificados por Johnson son abiertos, vinculados e interrelacionados. Las entradas y las salidas son componentes de los siete subsistemas (Grubbs, 1980).

Los impulsos motivacionales dirigen las actividades de estos subsistemas, que cambian continuamente a través

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Los sistemas descritos parecen ser transculturales y están controlados por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Los siete subsistemas identificados son los de **apego-afiliación, dependencia, ingestión, eliminación, sexual, realización y agresión-protección** (Johnson, 1980).

Subsistema de apego-afiliación

El subsistema de apego-afiliación es probablemente el más importante porque constituye la base de toda organización social. A nivel general, proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son la inclusión social, la intimidad y la formación y el mantenimiento de un fuerte vínculo social (Johnson, 1980).

Subsistema de dependencia

En el sentido más amplio, el subsistema de dependencia promueve una conducta de ayuda que requiere una respuesta positiva. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o el reconocimiento y la ayuda física. Desde el punto de vista del desarrollo, la conducta de dependencia evoluciona desde una dependencia casi total de los demás hacia un mayor grado de dependencia de uno mismo. Un cierto grado de interdependencia es esencial para la supervivencia de los grupos sociales (Johnson, 1980).

Subsistema de ingestión

Los subsistemas de ingestión y de eliminación no deben considerarse como los mecanismos de entrada y salida del sistema. Todos los subsistemas son distintos y tienen sus propios mecanismos de entrada y salida. El subsistema de ingestión «tiene que ver con cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos» (Johnson, 1980, p. 213). «Cumple la amplia función de satisfacer el apetito» (Johnson, 1980, p. 213). Esta conducta está asociada con consideraciones sociales, psicológicas y biológicas (Johnson, 1980).

Subsistema de eliminación

El subsistema de eliminación aborda «cuándo, cómo y en qué condiciones eliminamos» (Johnson, 1980, p. 213). Al igual que con el subsistema de ingestión, se considera que los factores sociales y psicológicos influyen en los aspectos biológicos de este subsistema y, en ocasiones, pueden entrar en conflicto con el subsistema de eliminación (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983).

Subsistema sexual

El subsistema sexual tiene la doble función de la procreación y el placer. Incluye, entre otros aspectos, el cortejo y el apareamiento; la respuesta de este sistema comienza con

el desarrollo de la identidad de rol de género e incluye una amplia gama de conductas de rol sexual (Johnson, 1980).

Subsistema de realización

El subsistema de realización intenta manipular el entorno. Su función es controlar o dominar un aspecto de uno mismo o del entorno según un estándar de excelencia. Las áreas de la conducta de realización incluyen las habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales (Johnson, 1980).

Subsistema de agresión-protección

La función del subsistema de agresión-protección es la protección y la preservación. Esto sigue la línea de pensamiento de etólogos como Lorenz (1966) y Feshbach (1970), más que la de la escuela de pensamiento del refuerzo conductual, que sostiene que la conducta agresiva no solo se aprende, sino que también tiene una intención primaria de dañar a otros. La sociedad exige que se pongan límites a los modos de auto-protección y que se respete y proteja a las personas y sus bienes (Johnson, 1980).

Equilibrio

Johnson (1961a) afirmó que el equilibrio es un concepto clave en el objetivo específico de la enfermería. Se define como «un estado de reposo estabilizado, pero más o menos transitorio, en el que el individuo está en armonía consigo mismo y con su entorno» (p. 5). «Implica que las fuerzas biológicas y psicológicas están en equilibrio entre sí y con las fuerzas sociales incidentes» (Johnson, 1961a, p. 6). «No es sinónimo de estado de salud, ya que puede darse tanto en la salud como en la enfermedad» (Johnson, 1961a, p. 6).

Requisitos funcionales e imperativos de sustento

Para que los subsistemas se desarrollen y mantengan la estabilidad, cada uno de ellos debe tener un suministro constante de **requisitos funcionales**. El entorno suministra imperativos de sustento como la protección, el cuidado y la estimulación. Johnson señala que el sistema biológico y todos los demás sistemas vivos tienen los mismos requisitos.

Regulación/control

Los subsistemas conductuales interrelacionados deben estar regulados de alguna manera para que sus objetivos puedan cumplirse. La **regulación** implica que las desviaciones serán detectadas y corregidas. La retroalimentación es, por tanto, un requisito para un control eficaz. Existe una autorregulación por parte del paciente. La enfermera también puede actuar como una fuerza reguladora externa temporal para preservar la organización e integración de la conducta del paciente en un nivel óptimo en situaciones de enfermedad o en condiciones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud.

(Continúa)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Tensión

«El concepto de **tensión** se define como un estado en el que se realiza un gran esfuerzo y puede considerarse como un producto final de una perturbación del equilibrio» (Johnson, 1961b, p. 7). La tensión puede ser constructiva en un cambio adaptativo o destructiva si se hace un uso ineficiente de la energía, se impide la adaptación y se causa un daño estructural potencial (Johnson, 1961b). La tensión es un indicio de alteración del equilibrio (Johnson, 1961a).

Factor estresante

Los estímulos internos o externos que producen tensión y dan lugar a un grado de inestabilidad se denominan factores

estresantes. «Los estímulos pueden ser positivos si lo que se desea o se necesita está presente, o negativos si lo que se desea o se necesita está ausente. [Los estímulos]... pueden ser de origen endógeno o exógeno [y] pueden actuar sobre uno o más de los sistemas abiertos interconectados» (Johnson, 1961a, p. 7). Los sistemas abiertos interconectados realizan intercambios continuamente. Los sistemas abiertos interconectados incluyen los sistemas fisiológicos, de personalidad y de grupos pequeños significativos (la familia), así como el sistema social más amplio (Johnson, 1961a).

La autora agradece la contribución de Brown, V. M. (2006). Behavioral system model. In A. M. Tomey & M. R. Allgood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 227–242). Philadelphia: Mosby-Elsevier.

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

El objetivo de la enfermería es mantener y restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudarla a alcanzar un nivel más óptimo de equilibrio y funcionamiento. Así pues, la enfermería, tal y como la percibe Johnson, es una fuerza externa que actúa para preservar la organización e integración de la conducta del paciente hasta un nivel óptimo mediante la imposición de mecanismos temporales de regulación o control o mediante la provisión de recursos mientras el paciente experimenta estrés o un desequilibrio del sistema conductual (Brown, 2006). Como arte y como ciencia, la enfermería proporciona ayuda externa antes y durante la alteración del equilibrio del sistema y, por lo tanto, requiere un conocimiento del orden, el desorden y el control (Herbert, 1989; Johnson, 1980). Las actividades de enfermería no dependen de la autoridad médica, sino que son complementarias a la medicina.

Persona

Johnson (1980) consideraba a la persona como un sistema conductual con unas formas de comportarse pautadas, repetitivas e intencionadas que vinculan a la persona con el entorno. La concepción de la persona es básicamente motivacional. Esta visión se apoya notablemente en la aceptación por parte de Johnson de las teorías etológicas, que sugieren que los factores biológicos innatos influyen en el modelado y la motivación de la conducta. También reconoció que la experiencia previa, el aprendizaje y los estímulos físicos y sociales también influyen en la conducta. Señaló que un requisito para utilizar este modelo es la capacidad de ver a una persona como un sistema conductual, así como observar una colección de subsistemas conductuales y conocer los factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales que operan fuera de ellos (notas de clase, 1971).

Johnson identificó varios supuestos que son fundamentales para comprender la naturaleza y el funcionamiento de la persona como sistema conductual. Damos por supuestas la organización, la interacción, la interdependencia y la integración de las partes de la conducta que componen el sistema. Los patrones de respuesta específicos de un individuo forman un todo organizado e integrado. Las partes interrelacionadas e interdependientes se denominan **subsistemas**. Johnson (1977) supuso además que el sistema conductual tiende a lograr el equilibrio entre las diversas fuerzas que operan dentro y sobre él. Las personas se esfuerzan continuamente por mantener el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual mediante ajustes y adaptaciones más o menos automáticos respecto a las fuerzas naturales que influyen en ellas. Johnson también reconoció que las personas buscan activamente nuevas experiencias que puedan perturbar temporalmente el equilibrio.

Además, Johnson (1977, 1980) supuso que un sistema conductual, que requiere y produce algún grado de regularidad y constancia en la conducta, es esencial para los seres humanos. Por último, Johnson (1977) asumió que el equilibrio del sistema conductual reflejaba ajustes y adaptaciones de la persona que son satisfactorios en cierta forma y hasta cierto punto. Esto será cierto aunque la conducta observada no siempre coincida con las normas culturales de conducta aceptable o saludable.

El equilibrio es esencial para el funcionamiento efectivo y eficaz de la persona. El equilibrio se desarrolla y se mantiene en los subsistemas o en el sistema en su conjunto. Los cambios en la estructura o la función de un sistema están relacionados con problemas de impulso, falta de requisitos funcionales o imperativos de sustento o un cambio en el entorno. Los intentos de una persona por restablecer el equilibrio pueden requerir un gasto extraordinario de energía, lo que puede dar lugar a una falta de energía para los procesos biológicos y para la recuperación.

Salud

Johnson percibía la salud como un estado esquivo y dinámico en el que influían factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud se refleja en la organización, la interacción, la interdependencia y la integración de los subsistemas del sistema conductual (Johnson, 1980). Un individuo intenta alcanzar un equilibrio en este sistema, lo que le llevará a una conducta funcional. La falta de equilibrio en los requisitos estructurales o funcionales de los subsistemas conduce a una mala salud. Por lo tanto, al evaluar la «salud», nos centramos en el sistema conductual y en el equilibrio y la estabilidad del sistema, en el funcionamiento efectivo y eficaz y en el desequilibrio y la inestabilidad del sistema conductual. Los resultados del equilibrio del sistema conductual son los siguientes: 1) se requiere un gasto mínimo de energía (lo que implica que se dispone de más energía para mantener la salud o, en el caso de la enfermedad, se dispone de energía para los procesos biológicos necesarios para la recuperación); 2) se garantiza la supervivencia biológica y social, y 3) se obtiene cierto grado de satisfacción personal (Grubbs, 1980; Johnson, 1980).

Entorno

En la teoría de Johnson, el entorno está formado por todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo, pero que influyen en él. La enfermera puede manipular algunos aspectos del entorno para conseguir el objetivo del equilibrio de la salud o del sistema conductual en el paciente (Brown, 2006).

El sistema conductual «determina y limita la interacción entre la persona y su entorno y establece la relación de la persona con los objetos, acontecimientos y situaciones del entorno» (Johnson, 1978). Esta conducta sigue un orden y es previsible. Se mantiene porque ha sido funcionalmente efectiva y eficaz la mayor parte del tiempo en la gestión de la relación de la persona con el entorno. Cambia cuando esto ya no se cumple o cuando la persona aspira a un nivel más óptimo de funcionamiento. El sistema conductual tiene numerosas tareas y misiones que cumplir para mantener su propia integridad y controlar las relaciones del sistema con su entorno.

El sistema conductual intenta mantener el equilibrio en respuesta a los factores del entorno ajustándose y adaptándose a las fuerzas que inciden en él. Las fuerzas del entorno excesivamente fuertes perturban el equilibrio del sistema conductual y amenazan la estabilidad de la persona. Se requiere una cantidad inusual de energía para que el sistema restablezca el equilibrio frente al efecto continuo de estas fuerzas (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983).

El entorno también es la fuente de los imperativos de sustento de protección, cuidado y estimulación, que son requisitos necesarios para mantener la salud (equilibrio del sistema conductual; Grubbs, 1980). Cuando se produce un desequilibrio del sistema conductual, la enfermera puede tener que actuar como regulador temporal del entorno y proporcionar a

la persona los requisitos funcionales necesarios para adaptarse a los factores estresantes. El tipo y la cantidad necesaria de requisitos funcionales varían según la edad, el sexo, la cultura, la capacidad de afrontamiento y el tipo y gravedad de la enfermedad.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La teoría del sistema conductual de Johnson aborda los conceptos metaparadigmáticos de **persona**, **entorno** y **enfermería**. La persona es un sistema conductual con siete subsistemas interrelacionados (figura 18.1). Cada subsistema está formado a partir de un conjunto de respuestas conductuales, o tendencias de respuesta, o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo común. Organizadas en torno a los impulsos (algún tipo de estructura motivacional intraorgánica), estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Están determinadas de forma evolutiva y continuamente dirigidas por múltiples factores físicos, biológicos y psicológicos que actúan de forma compleja e interrelacionada.

Cada subsistema se describe y analiza de acuerdo con sus requisitos estructurales y funcionales. Los cuatro elementos estructurales que se han identificado son: 1) impulso u objetivo (la consecuencia final de las conductas que contiene); 2) servicio (una tendencia o predisposición a actuar de una determinada manera), que se subdivide en dos tipos, el **preparatorio**, o aquello a lo que una persona atiende, y el **perseverativo**, los hábitos que uno mantiene en una situación; 3) elección, que representa la conducta que un paciente se ve capaz de utilizar en cualquier situación dada, y 4) acción o conducta de un individuo (Grubbs, 1980; Johnson, 1980). El servicio desempeña un papel importante tanto en las opciones que una persona considera como en su conducta final. Cada uno de los siete subsistemas tiene los mismos tres requisitos funcionales: 1) protección; 2) cuidado, y 3) estimulación. Estos requisitos funcionales deben cumplirse mediante el esfuerzo de la propia persona o con la ayuda externa de la enfermera. Para que los subsistemas se desarrollen y mantengan la estabilidad, cada uno de ellos debe recibir un aporte constante de requisitos funcionales (imperativos de sustento), habitualmente proporcionados por el entorno. Sin embargo, durante la enfermedad o cuando la posible enfermedad supone una amenaza, la enfermera puede convertirse en una fuente de requisitos funcionales.

Las respuestas de los subsistemas se desarrollan a través de la motivación, la experiencia y el aprendizaje y están influidas por factores biológicos, psicológicos y sociales (Johnson, 1980). El sistema conductual intenta alcanzar el equilibrio adaptándose a los estímulos internos y del entorno. El sistema conductual está formado por «todas las formas de conducta pautadas, repetitivas e intencionadas que caracterizan la vida de cada persona» (Johnson, 1980, p. 209). Esta unidad

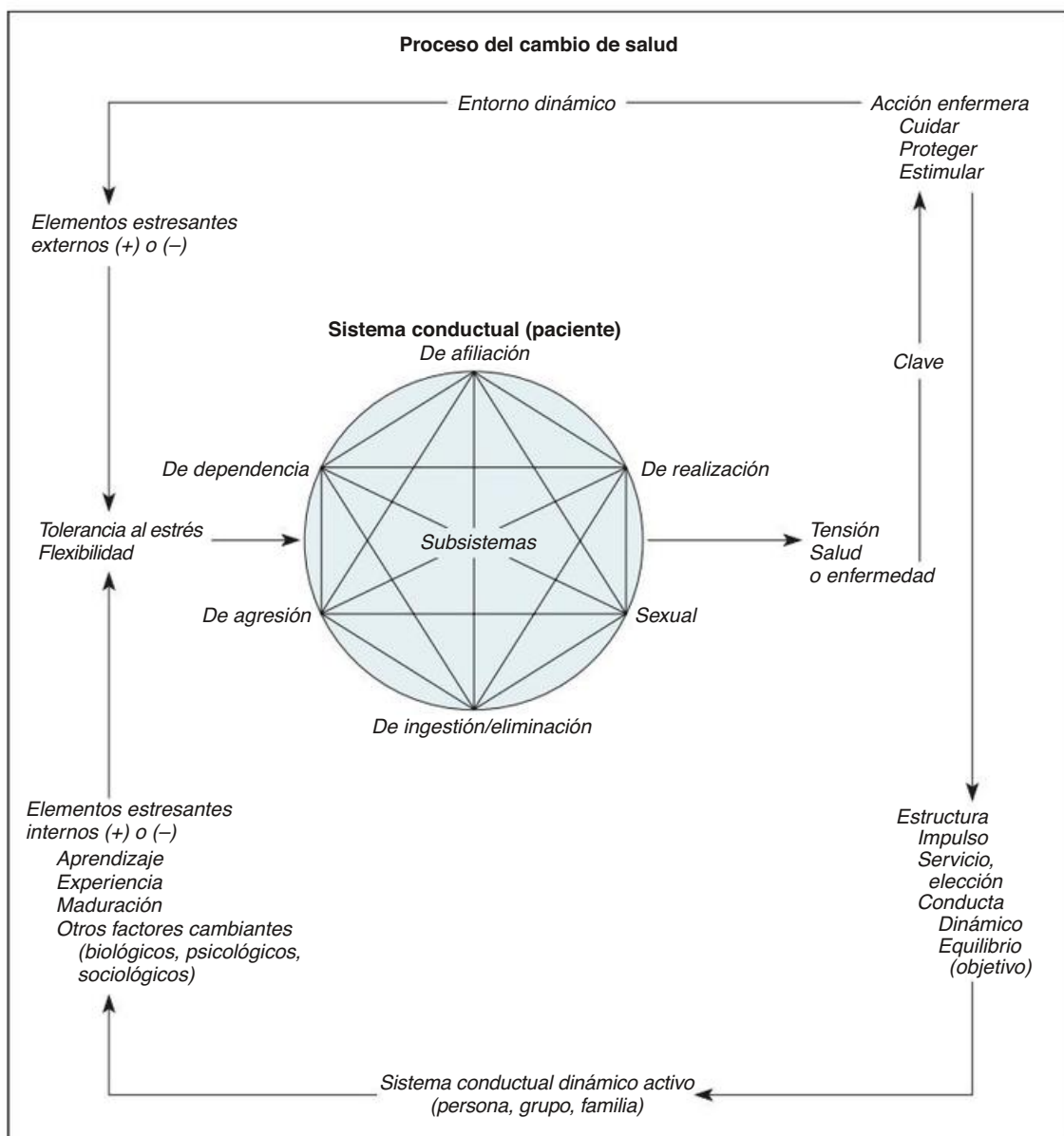


Fig. 18.1 Modelo del sistema conductual de Johnson. (Conceptualizado por Jude A. Magers, Indianapolis, IN.)

funcional de conducta «determina y limita la interacción de la persona y su entorno, y establece la relación de la persona con los objetos, acontecimientos y situaciones de su entorno... El sistema conductual gestiona su relación con el entorno» (Johnson, 1980, p. 209). El sistema conductual parece ser activo y no pasivo. La enfermera es externa al sistema conductual e interacciona con él.

El uso satisfactorio de la teoría del sistema conductual de Johnson en la práctica clínica requiere la incorporación del proceso de enfermería. El profesional clínico debe desarrollar un instrumento de evaluación que incorpore los componentes de la teoría para poder evaluar al paciente como un sistema conductual y establecer si existe una amenaza real o percibida de enfermedad y determinar la capacidad de la persona para

adaptarse a la enfermedad o a la amenaza de enfermedad sin desarrollar un desequilibrio del sistema conductual. Esto significa desarrollar preguntas y observaciones apropiadas para cada uno de los subsistemas conductuales.

Un estado de inestabilidad en el sistema conductual da lugar a la necesidad de una intervención de enfermería. La identificación del origen del problema en el sistema da lugar a una acción de enfermería apropiada que tiene como resultado el mantenimiento o el restablecimiento del equilibrio del sistema conductual (Brown, 2006). Las intervenciones de enfermería pueden adoptar formas tan generales como: 1) reparar unidades estructurales; 2) imponer temporalmente medidas de regulación o control externas; 3) suministrar condiciones o recursos del entorno, o 4) proporcionar estimulación en la medida en que pueda anticiparse un problema y se solicite una acción de enfermería preventiva (Johnson, 1978). «Si el origen del problema tiene un factor estresante estructural, la enfermera se centrará en el objetivo, servicio, elección o acción del subsistema. Si el problema es de función, la enfermera se centrará en la fuente y la suficiencia de los requisitos funcionales, ya que los problemas funcionales se originan por un exceso o una deficiencia del entorno» (Grubbs, 1980, p. 231). El objetivo de la enfermería es mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a alcanzar un nivel más óptimo de funcionamiento del sistema conductual cuando esto se desee y sea posible (Johnson, 1978).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Johnson abordó la tarea de delinear la misión de la enfermería desde las perspectivas histórica, analítica y empírica. El pensamiento deductivo e inductivo es evidente en todo el proceso de desarrollo de la teoría del sistema conductual de Johnson. Un sistema, en la medida en que es un todo, perderá sus propiedades sinérgicas si se descompone. Por tanto, la comprensión debe ir del todo a sus partes (síntesis). Johnson identificó primero el sistema conductual y luego explicó las propiedades y la conducta del sistema. Por último, explicó las propiedades y la conducta de los subsistemas como parte o función del sistema. El análisis nos proporcionó una descripción y unos conocimientos, y el pensamiento de sistemas (síntesis) nos dio una explicación y la comprensión.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La utilidad de la teoría del sistema conductual de Johnson es evidente por la variedad de ámbitos clínicos y grupos de edad en los que se ha utilizado la teoría. Se ha utilizado en ámbitos

hospitalarios, ambulatorios y extrahospitalarios, así como en la gestión de enfermería. Se ha aplicado en diversas poblaciones de pacientes y se han desarrollado varias herramientas para la práctica (Fawcett, 2013).

Johnson no utiliza el término **proceso de enfermería**. **Valoración, trastornos, tratamiento y evaluación** son conceptos a los que se hace referencia en diversas obras de Johnson. «Para el profesional, los modelos conceptuales proporcionan una orientación para el diagnóstico y el tratamiento y, por lo tanto, constituyen una aportación práctica considerable» (Johnson, 1968a, p. 2). El proceso de enfermería puede aplicarse al modelo del sistema conductual cuando se produce un mal funcionamiento de la conducta, «que sea en parte desorganizada, errática y disfuncional». Las enfermedades u otros cambios repentinos del entorno interno o externo son los responsables más frecuentes de estas disfunciones» (Johnson, 1980, p. 212). «La ayuda es apropiada en aquellos momentos en los que el individuo experimenta un estrés de tipo salud-enfermedad que perturba el equilibrio y produce tensión» (Johnson, 1961a, p. 8). Sin embargo, conviene señalar que el análisis de sistemas es un componente importante de la teoría de sistemas. Se controlan las salidas de un subsistema dado para controlar el rendimiento. Los signos de desequilibrio exigen identificar el problema, definirlo más a fondo mediante la recopilación de datos y diseñar una intervención para restablecer el equilibrio (Jenkins, 1969; Miller, 1965).

Johnson (1959b) insinuó que la evaluación enfermera inicial comienza cuando se observan señales de tensión y desequilibrio. Las fuentes de datos para la evaluación pueden consistir en la anamnesis, las pruebas y las observaciones estructurales (Johnson, 1980). «Se piensa que el sistema conductual determina y limita la interacción entre la persona y su entorno» (Johnson, 1968a, p. 2). Esto sugiere que la exactitud y la cantidad de los datos obtenidos durante la valoración enfermera no son controladas por la enfermera, sino por el paciente (sistema). La única parte observada de la estructura del subsistema es la conducta. Se han identificado seis reguladores internos y externos que «influyen y se ven influidos simultáneamente por la conducta», consistentes en reguladores biofísicos, psicológicos, de desarrollo, socioculturales, familiares y del entorno físico (Randell, 1991, p. 155).

La enfermera debe ser capaz de acceder a la información relacionada con los objetivos, los servicios y las elecciones que integran los subsistemas estructurales. «Es probable que uno o más de [estos] subsistemas estén implicados en cualquier episodio de enfermedad, ya sea como antecedente, como consecuencia o simplemente por asociación directa o indirecta con el trastorno o con su tratamiento» (Johnson, 1968, p. 3). El acceso a los datos es fundamental para afirmar de manera precisa el trastorno.

Johnson no definió unos trastornos específicos, pero estableció dos categorías generales de trastornos basándose en su relación con el sistema biológico (Johnson, 1968).

«Los trastornos son aquellos que se relacionan tangencial o periféricamente con el trastorno del sistema biológico; es decir, que se ven precipitados simplemente por el hecho de la enfermedad o el contexto situacional del tratamiento; y... aquellos [trastornos] que forman parte integral de un trastorno del sistema biológico, en el sentido de que están directamente asociados o son consecuencia directa de un tipo particular de trastorno del sistema biológico o de su tratamiento.»

(Johnson, 1968b, p. 2)

Los «medios de gestión» o intervenciones consisten, en parte, en la provisión de cuidados, protección y estimulación (Johnson, 1968, 1980). La enfermera puede proporcionar «temporalmente unos mecanismos de regulación y control externos, como la inhibición de las respuestas conductuales ineficaces, y ayudar al paciente a adquirir nuevas respuestas» (Johnson, 1968, p. 4). Johnson (1980) sugirió que las técnicas incluyen «la enseñanza, la formación de roles y el asesoramiento» (p. 211). Si se anticipa un problema o un trastorno, es adecuado implantar la acción enfermera preventiva con metodologías adecuadas (Johnson, 1980). El cuidado, la protección y la estimulación son tan importantes para los cuidados de enfermería preventivos o la promoción de la salud como lo son para controlar la enfermedad (Brown, 2006).

Si el problema es un factor estresante estructural, la enfermera se centrará en el objetivo, el servicio, la elección o la acción del subsistema. La enfermera trabaja para reorientar los objetivos de la persona, cambiar la importancia del impulso, ampliar el abanico de opciones, modificar el servicio o cambiar la acción. La enfermera manipula las unidades estructurales o impone controles temporales. Ambos tipos de acciones de enfermería regulan la interacción de los subsistemas.

El resultado de la intervención enfermera es el equilibrio del sistema conductual. «Más específicamente, puede decirse que el equilibrio se alcanza en aquel punto en el que el individuo demuestra un grado de constancia en su patrón de funcionamiento, tanto interno como interpersonal» (Johnson, 1961a, p. 6). La evaluación de la intervención enfermera se basa en función de si ha supuesto «una diferencia significativa en la vida de las personas implicadas» (Johnson, 1980, p. 214).

El modelo del sistema conductual se ha vuelto operativo a través del desarrollo de varios instrumentos de evaluación. En 1974, Grubbs (1980) utilizó la teoría para desarrollar una herramienta de evaluación y una hoja de proceso de enfermería basada en los siete subsistemas de Johnson. Las preguntas y observaciones relacionadas con cada subsistema proporcionaron herramientas que permitieron recoger los datos importantes y determinar las opciones de conducta que permitirán al paciente alcanzar su objetivo de salud.

Ese mismo año, Holaday (1980) utilizó la teoría como modelo para desarrollar una herramienta de evaluación en el cuidado de niños hospitalizados. Esta herramienta permitía a la enfermera describir objetivamente la conducta del niño y guiar la acción enfermera. Al ampliar el concepto de «servicio», Holaday también identificó patrones de conductas maternas

que indicarían un servicio insuficiente o con un funcionamiento deficiente, que repercutía en las opciones limitadas de acción en respuesta a las necesidades de los niños con enfermedades crónicas (Holaday, 1981, 1982).

Derdiarian (1990) investigó los efectos del uso de dos instrumentos de evaluación sistemáticos sobre la satisfacción de los pacientes y las enfermeras. El modelo del sistema conductual de Johnson se utilizó para desarrollar un autoinforme y un instrumento observacional destinados a su implementación en el proceso de enfermería. El instrumento del modelo de sistema conductual de Derdiarian incluía la evaluación del subsistema restaurador y de los siete subsistemas defendidos por Johnson. Los resultados indicaron que los instrumentos proporcionaban un enfoque más exhaustivo y sistemático de la evaluación y la intervención, aumentando así la satisfacción del paciente y de la enfermera con la atención.

Lanouette y St-Jacques (1994) utilizaron el modelo de Johnson para comparar las capacidades de afrontamiento y las percepciones de familias de bebés prematuros con las de familias de bebés nacidos a término. Los resultados indicaron que las habilidades de afrontamiento positivo guardaban relación con el vínculo de unión con el bebé, la utilización de recursos, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Lanouette y St-Jacques señalaron que la mejora en la práctica de los cuidados de enfermería en guarderías, hospitales y en la comunidad podría haber contribuido a este resultado. Esto respaldó la afirmación de Johnson de que «el uso eficaz del cuidado, la protección y la estimulación durante el contacto materno al nacer podría reducir significativamente los problemas del sistema conductual que vemos hoy en día» (comunicación personal, 1996).

Los estudios de casos han documentado el uso y la evaluación del modelo de sistema conductual de Johnson en la práctica clínica. En 2018, Ghanbari y Pouy utilizaron el modelo para evaluar sistemáticamente a niños con leucemia linfoblástica, y lo encontraron eficaz para diagnosticar los problemas de los pacientes y para implementar un plan de atención (Ghanbari y Pouy, 2018). Herbert (1989) describió los resultados de un plan de cuidados de enfermería desarrollado para un paciente anciano que había sufrido un ictus. Estos autores llegaron a la conclusión de que la teoría de Johnson sentaba las bases teóricas para predecir los resultados de intervenciones de enfermería, formular normas asistenciales y administrar unos cuidados holísticos. Cerda y Gonzalez (2008) lo encontraron igualmente eficaz para la intervención con mujeres víctimas de violencia doméstica.

Algunos estudios sobre la práctica que utilizan el modelo de Johnson se han centrado en la toma de decisiones y la evaluación de los resultados. Grice (1997) descubrió que las características de la enfermera, del paciente y de la situación influían en la evaluación y en la toma de decisiones con respecto a la administración de ansiolíticos y antipsicóticos a pacientes psiquiátricos hospitalizados a determinadas horas. Benson (1997) realizó una revisión bibliográfica de las investigaciones sobre el miedo a la delincuencia entre ancianos. El modelo del sistema conductual se utilizó para describir los «peligros del miedo a la delincuencia» que podrían causar alteraciones en los subsistemas de

ingestión, dependencia, realización, afiliación y agresión-protección (Benson, 1997, p. 25). Se presentaron intervenciones centradas en el paciente y en la comunidad para mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de los ancianos. Brinkley et al. (2007) demostraron el uso de la teoría del sistema conductual de Johnson en un paciente con obesidad mórbida y necesidades complejas, y Tamilarasi y Kanimozhi (2009) proporcionaron intervenciones basadas en la teoría para mejorar la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama. Tineh (2016) utilizó los subsistemas del modelo para clasificar cómo las enfermeras pueden ayudar a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer a realizar las actividades cotidianas.

Lachicotte y Alexander (1990) examinaron el uso del modelo de sistema conductual de Johnson como marco para que los directores de enfermería lo utilizaran al tomar decisiones relativas a la gestión de las enfermeras con carencias de formación. Sugirieron que, al contemplar todos los niveles del entorno, el marco alentaba a los directores de enfermería a evaluar el desequilibrio en el sistema de enfermería cuando las enfermeras están insuficientemente preparadas y a evaluar el «estado de equilibrio del sistema en relación con el método elegido para hacer frente a las carencias de las enfermeras» (Lachicotte y Alexander, 1990, p. 102). Los resultados indicaron que los directores de enfermería preferían un enfoque de ayuda para hacer frente a las carencias de las enfermeras. Se creía que «cuando la enfermera con problemas recibe ayuda y afronta sus carencias, se empieza a restablecer el equilibrio del sistema» (Lachicotte y Alexander, 1990, p. 104).

En el hospital y el instituto neuropsiquiátrico de la University of California en Los Ángeles se ha utilizado el modelo del sistema conductual de Johnson como base de la práctica enfermera psiquiátrica durante muchos años (Auger y Dee, 1983; Dee et al., 1999; Poster et al., 1997). «Se evalúa a los pacientes y los datos conductuales se clasifican por subsistemas. Se formulan diagnósticos de enfermería que reflejan la naturaleza de la conducta ineficaz y su relación con los reguladores del entorno» (Randell, 1991, p. 156). La teoría de Johnson también se incorporó al programa de orientación de nuevos graduados (Punttil, 2005). Un estudio en el que se compararon las clasificaciones diagnósticas generadas a partir del modelo del sistema conductual de Johnson con las de la lista de la North American Nursing Diagnosis Association indicó que el modelo del sistema conductual de Johnson era mejor para distinguir los problemas y la etiología (Randell, 1991).

Cada vez es más importante documentar los cuidados de enfermería y demostrar la eficacia de esos cuidados en los resultados del paciente. Utilizando el modelo de Johnson, Poster et al. (1997) comunicaron una relación positiva entre las intervenciones de enfermería y la consecución de los resultados de los pacientes en el momento del alta. Llegaron a la conclusión de que «el marco teórico de la enfermería permitía prescribir unos cuidados de enfermería distintos de los cuidados médicos» (Poster et al., 1997, p. 80).

Dee et al. (1998) examinaron los efectos de la atención sanitaria gestionada en los resultados de los pacientes utilizando

el modelo del sistema conductual de Johnson. En el momento del ingreso, las enfermeras elaboran un perfil conductual mediante la evaluación de los ocho subsistemas, determinan el equilibrio o desequilibrio de los subsistemas y califican el impacto de los seis reguladores. Esto sirve para determinar los diagnósticos enfermeros, el plan de actuación y la evaluación de los cuidados de cada paciente. Los resultados de este estudio indicaron una mejora funcional significativa al alta en los pacientes con estancias hospitalarias más cortas. Es alentador ver a un estudiante de grado utilizando las técnicas de investigación basadas en la teoría de Johnson para mejorar la calidad de la atención a los pacientes que usan dispositivos de asistencia ventricular (Kirk, 2015), así como la investigación para tesis doctorales basada en los sistemas conductuales (Hernández, 2016).

Formación

Loveland-Cherry y Wilkerson (1983) analizaron la teoría de Johnson y concluyeron que tiene utilidad para la formación en enfermería. Un plan de estudios basado en la persona como sistema conductual tendría unos objetivos definidos y simplificaría la planificación del curso. El estudio se centraría en el paciente como sistema conductual y en su disfunción, lo que requeriría el uso del proceso de enfermería. Además de conocer la teoría de sistemas, el estudiante necesitaría conocimientos de las disciplinas sociales y conductuales, así como de las ciencias físicas y biológicas. El modelo se ha utilizado en la práctica y en instituciones educativas de EE. UU., Canadá, Australia, Sudáfrica y la India (Derdarian, 1981; Fleming, 1990; Grice, 1997; Hadley, 1970; Harris, 1986; Heikham y Raddi, 2015; Orb y Reilly, 1991; Punttil, 2005).

Investigación

Johnson (1968b) afirmó que la investigación en enfermería tendría que «identificar y explicar los trastornos del sistema conductual que surgen en relación con la enfermedad y desarrollar la justificación de los medios orientados a tratar esos trastornos» (p. 6). Johnson creía que la tarea de las enfermeras científicas podría seguir uno de dos posibles caminos: 1) contribuciones a la comprensión básica del sistema conductual del hombre, y 2) contribuciones a la comprensión de los problemas del sistema conductual y de los fundamentos y metodologías de tratamiento. Identificó las áreas importantes para la investigación, como: 1) el estudio del sistema conductual como un todo, incluidas cuestiones como estabilidad y cambio, organización e interacción, y mecanismos de regulación y control eficaces, y 2) el estudio de los subsistemas, incluida la identificación de subsistemas adicionales (notas de clase, 1971).

Small (1980) utilizó la teoría de Johnson como marco conceptual para la atención de niños con una discapacidad visual. Al evaluar y comparar la imagen corporal percibida y la conciencia espacial de niños con una visión normal con la de niños con una discapacidad visual, Small descubrió que la privación sensorial asociada a la discapacidad visual afectaba al desarrollo normal de la imagen corporal del niño y a la

percepción de su cuerpo en el espacio. Llegó a la conclusión de que, cuando el sistema humano está sometido a un estrés excesivo, los objetivos del sistema no pueden mantenerse.

Wilkie et al. (1988) examinaron las conductas de control del dolor oncológico utilizando el modelo del sistema conductual de Johnson. Los resultados del estudio demostraron que las personas que sufrían un dolor intenso utilizaban conductas conocidas para protegerse del dolor. Esto respaldó la suposición de que «las conductas del subsistema de agresión/protección se desarrollan y modifican con el tiempo para proteger al individuo del dolor y estas conductas representan algunas de las opciones del paciente para controlar el dolor» (Wilkie et al., 1988, p. 729).

Estos hallazgos fueron respaldados por un estudio que examinó los «significados asociados a la toma de decisiones para la autoevaluación y el autocontrol» de los pacientes oncológicos con dolor óseo debido a las metástasis (Coward y Wilkie, 2000, p. 101). El dolor constituía un incentivo para solicitar tratamiento a los profesionales sanitarios; por lo tanto, era un mecanismo de protección. Sin embargo, los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes oncológicos no tomaban la medicación analgésica tan a menudo como se les había prescrito, y que preferían métodos no farmacológicos para controlar el dolor, como adoptar una posición cómoda o entretenerse con alguna distracción.

Al considerar que el modelo podía permitir comprender los aspectos culturales de la atención, Huang (2007) lo utilizó para identificar los factores interculturales e intraculturales que podrían facilitar o dificultar la conducta de adherencia a la medicación occidental en inmigrantes chinos de edad avanzada con insuficiencia cardíaca. Oyedele et al. (2013) exploraron los conocimientos y las percepciones de los adolescentes sudafricanos con respecto al embarazo en la adolescencia utilizando el modelo del sistema conductual de Johnson. Se centraron en cuatro subsistemas: apego, dependencia, realización y sexual, y evaluaron el estímulo, el servicio y las elecciones de los adolescentes en estos cuatro subsistemas. A partir de sus conclusiones, elaboraron unas directrices para prevenir los embarazos no deseados en adolescentes. Derdarian (1991) examinó las relaciones entre el subsistema de agresión y protección y los demás subsistemas. Sus hallazgos respaldaron la propuesta de que los subsistemas son interactivos, interdependientes e integrados; por lo tanto, Derdarian apoyó la afirmación de Johnson de que «los cambios en un subsistema resultantes de la enfermedad no pueden entenderse bien sin comprender su relación con los cambios en los otros subsistemas» (Johnson, 1980, p. 212).

Damus (1980) puso a prueba la validez de la teoría de Johnson comparando los valores séricos de alanina-amino-transferasa (ALT) en pacientes que tenían diversos diagnósticos de enfermedad y que habían estado expuestos a la hepatitis B. Damus correlacionó el trastorno fisiológico de los valores elevados de ALT con el desequilibrio conductual y descubrió que el trastorno en un área reflejaba el trastorno en otra área.

Las enfermeras investigadoras han demostrado la utilidad de la teoría de Johnson en la práctica clínica. La mayoría de estos estudios se han realizado con individuos con enfermedades de larga duración o crónicas, como incontinencia urinaria, dolor crónico, cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, fatiga por compasión y enfermedades psiquiátricas (Alexander, 2006; Colling et al., 2003; Coward y Wilkie, 2000; Derdarian, 1988; Derdarian y Schobel, 1990; Grice, 1997; Holaday y Turner-Henson, 1987; Holaday et al., 1996; Martha et al., 2004). Los estudios han documentado la eficacia del uso del modelo con niños, adolescentes y ancianos. Basándose en una extensa práctica, el desarrollo del instrumento y la investigación, Holaday (1980) concluyó que los usuarios de la teoría de Johnson disponen de una guía para planificar y prestar cuidados basada en el conocimiento científico.

EVOLUCIÓN

Johnson (1982) reconoció que la base de conocimientos para el uso de su modelo era incompleta, y planteó a los investigadores el reto de completar su trabajo. Creía que las orientaciones proporcionadas por el modelo para desarrollar un plan de estudios eran claras. Sin embargo, las lagunas de conocimientos suponen un reto tanto para los educadores como para los profesionales. Johnson (1989) identificó un sueño para el crecimiento de la enfermería como disciplina científica:

«Dado que hemos especificado la contribución especial de la enfermería al paciente, nuestro objetivo explícito e ideal en el cuidado del paciente, el crecimiento de la enfermería como disciplina científica debería ser rápido, incluso explosivo. Cuando nuestros científicos tengan una concepción general del ámbito en el que trabajamos, es decir, de los fenómenos que interesan a la profesión y del tipo de preguntas que hay que plantear, será posible que trabajen juntos de forma sistemática para construir un corpus de conocimientos acumulativo.»

En primer lugar, la teoría se ha asociado a los individuos. Sin embargo, Johnson creía que los grupos de individuos, como las familias y las comunidades, podían considerarse grupos de sistemas conductuales interactivos. Con el énfasis actual en una atención de calidad, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones, es posible que una teoría derivada del modelo reconozca los trastornos conductuales en estas áreas.

Hay que tener en cuenta que la enfermería preventiva (para prevenir los trastornos del sistema conductual) no es lo mismo que la medicina preventiva (para prevenir los trastornos del sistema biológico), y los trastornos en ambos casos deben ser identificados y explicados antes de poder elaborar las estrategias de prevención. En este momento, ni siquiera la medicina ha desarrollado muchas medidas preventivas específicas (las vacunas para algunas enfermedades infecciosas y la protección contra algunas enfermedades por carencia de

vitaminas son excepciones notables). Se pueden aplicar una serie de estrategias generales para mejorar la salud, como una nutrición adecuada, beber agua y hacer ejercicio, que contribuyen a la prevención de algunos trastornos.

Riegel (1989) realizó una revisión bibliográfica para identificar los principales factores que predicen «conductas incapacitantes o de dependencia tras un infarto de miocardio» (p. 75). El apoyo social, la autoestima, la ansiedad, la depresión y la percepción de la capacidad funcional se consideraron los principales factores que afectan a la adaptación psicológica a la coronariopatía crónica. Esto puso de relieve el efecto del apoyo o el cuidado social en la estructura y la función del subsistema de dependencia. Johnson afirmó que «si los cuidadores fueran conscientes de cómo sus conductas y las de la familia interactúan con los pacientes para fomentar conductas de dependencia al principio de la enfermedad, se podrían prevenir fácilmente muchos problemas disfuncionales» (D. Johnson, comunicación personal, 1996).

Es preciso un mayor desarrollo para identificar las acciones de enfermería que facilitan el funcionamiento adecuado del sistema para prevenir enfermedades y mantener la salud. En lugar de gastar energía en desarrollar intervenciones de enfermería en respuesta a las consecuencias de un desequilibrio, las enfermeras deben aprender a identificar los precursores del desequilibrio y responder con intervenciones preventivas.

Suponiendo que una comunidad es un área geográfica, una subpoblación o cualquier conjunto de personas, y que una comunidad puede beneficiarse de las intervenciones de enfermería, el marco del sistema conductual puede aplicarse a la salud de la comunidad. Una comunidad puede describirse como un sistema conductual con subsistemas interactivos que poseen unos elementos estructurales y unos requisitos funcionales. Por ejemplo, las madres de niños con enfermedades crónicas poseen requisitos funcionales para mantener la estabilidad dentro del subsistema de realización, y los factores del entorno como «la economía, la educación y el empleo influyen en las habilidades de cuidado de las madres» (Turner-Henson, 1992, p. 97).

Las comunidades tienen unos objetivos, normas, elecciones y acciones, además de necesitar protección, cuidado y estimulación. La comunidad reacciona a los estímulos internos y externos, lo que da lugar a una conducta funcional o disfuncional. Un ejemplo de estímulo externo es la política sanitaria, y un ejemplo de conducta disfuncional es una tasa de mortalidad infantil elevada. El sistema conductual está formado por subsistemas aún no definidos que están organizados, interactúan, son interdependientes y están integrados. Los factores físicos, biológicos y psicosociales también influyen en la conducta de la comunidad.

Los investigadores de la dinámica de sistemas han demostrado de forma convincente que la capacidad de procesamiento de la información por parte de las personas es limitada, y que los humanos utilizan sesgos y la heurística (p. ej., el anclaje y el uso de la heurística disponible) para procesar la información y reducir el esfuerzo mental. Los grupos muestran el mismo sesgo (Vennix et al., 1990). La investigación en

el área de los mapas cognitivos ha ilustrado el carácter restringido del procesamiento de la información por parte del ser humano. Las personas parecen tener dificultades para pensar en términos de redes causales.

Este conjunto de investigaciones ofrece algunas ideas útiles para el estudio del subsistema de ingestión. ¿Cómo procesan los pacientes la información y construyen los modelos de la realidad (servicio) que guían su toma de decisiones (elección y acción)? ¿Qué problemas o deficiencias potenciales en el servicio de un paciente podrían identificarse a partir de una evaluación de enfermería que incorporara los principios de la dinámica de sistemas? La investigación podría conducir al desarrollo de instrumentos de evaluación eficaces para los entornos clínicos.

La investigación sobre dinámica de sistemas también aporta algunas ideas para intervenciones de enfermería que se pueden comprobar con nuestros pacientes. Los especialistas en dinámica de sistemas han observado que la construcción de modelos con los pacientes (mediante diagramas de flujo y esquemas) es útil para mejorar el procesamiento de la información. Esto se basa en la premisa de que la diagramación ayuda a procesar la información (servicio y elección), especialmente en temas complejos. También han comprobado que el uso de la simulación y la formación en facilitación (formulación de preguntas que fomenten la reflexión y el aprendizaje, con un buen proceso de estructuración de preguntas y materiales) también es eficaz (Huz et al., 1997; Vennix et al., 1990). Si se diagnostica una insuficiencia o discrepancia en el subsistema de ingestión, ¿serían útiles estos mismos tipos de intervenciones?

Holden (2005) señaló que la ciencia de la complejidad se basa en la tradición en enfermería que considera a los pacientes y a los cuidados de enfermería desde una perspectiva de sistemas. La ciencia de la complejidad busca comprender los sistemas adaptativos complejos (Miller y Page, 2007; Rickles et al., 2007). Los sistemas adaptativos complejos son un «conjunto de agentes individuales con libertad para actuar de forma no totalmente predecible y cuyas acciones están interconectadas, de modo que las acciones de un agente cambian el contexto para otros agentes» (Plsek y Greenhalgh, 2001, p. 625). La teoría del sistema conductual de Johnson hizo hincapié en las conexiones e interacciones dentro de un paradigma de sistemas. El uso de la ciencia de la complejidad podría ampliar nuestra comprensión del contexto del entorno y de los problemas de salud crónicos y relacionados con el estilo de vida a los que nos enfrentamos actualmente. La ciencia de la complejidad, al igual que la teoría de sistemas de Johnson, indica que es esencial una gama flexible de intervenciones para responder a los problemas sanitarios. Afecciones como la obesidad, el dolor crónico y la diabetes tienen múltiples influencias interrelacionadas, como el estilo de vida y los contextos sociales y culturales, y el camino a seguir no se reduce fácilmente a una solución uniforme. Los principios de la teoría de los sistemas adaptativos complejos y la teoría del sistema conductual de Johnson podrían utilizarse conjuntamente para examinar los problemas de la atención sanitaria, lo que permitiría la aparición de ideas nuevas y la revisión de las ideas existentes.

CRÍTICA

Claridad

La teoría de Johnson es lo suficientemente completa y amplia como para incluir todas las áreas de la práctica de la enfermería y proporcionar directrices para la investigación y la formación. La teoría es relativamente sencilla en relación con el número de conceptos. La persona se describe como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas. La enfermería es una fuerza reguladora externa.

Sencillez

La teoría puede llegar a ser compleja porque hay una serie de posibles interrelaciones entre el sistema conductual, sus subsistemas y el entorno. Se han explorado las posibles relaciones, pero se necesita más trabajo empírico (Brown, 2006).

Generalidad

La teoría de Johnson se ha utilizado ampliamente con personas enfermas o que se enfrentan a la amenaza de una enfermedad. Su uso en familias, grupos y comunidades es limitado. Johnson percibía a la persona como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas, agregados de sistemas conductuales interactivos. Inicialmente, Johnson no planteó directamente situaciones con un buen estado de salud o de enfermería preventiva (D. Johnson, *curriculum vitae*, 1984). En publicaciones posteriores, Johnson (1992) destacó el papel de las enfermeras en la atención sanitaria preventiva de los individuos y de la sociedad. Afirmó que «la responsabilidad especial de la enfermería en materia de salud se deriva de su singular misión social. La enfermería debe concentrarse en el desarrollo de la enfermería preventiva para cumplir con sus obligaciones sociales» Johnson, 1992, p. 27).

Accesibilidad

La accesibilidad se consigue identificando los indicadores empíricos de los conceptos abstractos del modelo. La precisión empírica mejora cuando los subconceptos y las relaciones entre los subconceptos pueden definirse mejor y los indicadores empíricos se introducen en la ciencia. Las unidades y las relaciones entre las unidades de la teoría de Johnson están bien definidas. Por tanto, se ha demostrado un grado suficiente de precisión empírica en las investigaciones que utilizan la teoría de Johnson. Aunque en algunas de las obras de Johnson se utilizaban indistintamente términos como **equilibrio**, **estabilidad**, **adaptación al equilibrio**, **alteraciones**, **desequilibrio** y **trastornos conductuales**, los programas de investigación de Dee, Deridarian, Holaday, Lovejoy y Poster definieron los términos de forma operativa y los utilizaron de manera coherente. La claridad de estas definiciones y la de las definiciones de los subsistemas contribuyen a la precisión empírica de la teoría (Brown, 2006).

Importancia

La teoría de Johnson guía la práctica, la formación y la investigación en enfermería, genera nuevas ideas sobre la enfermería y diferencia la enfermería de otras profesiones sanitarias. Al centrarse en la conducta más que en la biología, la teoría diferencia claramente la enfermería de la medicina, aunque los conceptos se solapan con los de las profesiones psicosociales.

El modelo conductual de Johnson proporciona un marco conceptual para la formación, la práctica y la investigación en enfermería. La teoría ha planteado preguntas para la investigación en enfermería. Se ha analizado y se ha considerado apropiada como base para elaborar planes de estudios de enfermería. Los profesionales y los pacientes han considerado satisfactorias las acciones de enfermería resultantes (Johnson, 1980). La teoría posee el potencial para seguir siendo útil en la enfermería y para lograr sus valiosos objetivos.

RESUMEN

El modelo del sistema conductual de Johnson describe a la persona como un sistema conductual con siete subsistemas: de *realización*, *apego-afiliación*, *agresión-protección*, *dependencia*, *ingestión*, *eliminación* y *sexual*. Cada subsistema está interrelacionado con los demás y con el entorno, los elementos estructurales y las funciones específicas que ayudan a mantener la integridad del sistema conductual. Otros estudiosos de la enfermería añadieron el subsistema *restaurador*. Los componentes estructurales del sistema conductual describen cómo se motiva a los individuos (estímulo) para obtener objetivos específicos utilizando la predisposición del individuo a actuar de determinadas maneras (servicio) y empleando las opciones disponibles para producir una acción o conducta pautada. Los requisitos funcionales o imperativos de sustento protegen, cuidan y estimulan el sistema conductual. Cuando el sistema conductual

está en equilibrio y tiene estabilidad, las conductas del individuo tienen un objetivo, están organizadas y son predecibles. El *desequilibrio* y la *inestabilidad* del sistema conductual se producen cuando la tensión y los factores estresantes afectan a la relación de los subsistemas o de los entornos interno y externo.

La enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para restablecer el equilibrio y la estabilidad inhibiendo, estimulando o reforzando determinadas conductas (mecanismos de control), cambiando los componentes estructurales (objetivos, elecciones y acciones del paciente) o cumpliendo los requisitos de funcionamiento. La salud es el resultado de la estabilidad y el equilibrio del sistema conductual (Johnson, 1980).

Los objetivos finales de Johnson estaban dirigidos a la práctica de la enfermería, a un plan de estudios para las

escuelas de enfermería y al desarrollo de la ciencia de la enfermería. Quería que el modelo del sistema conductual de Johnson consiguiera generar y divulgar la ciencia de la enfermería, sistematizar las intervenciones de enfermería que eran éticamente reflexivas, tener en cuenta múltiples

perspectivas y ser sensible a los valores sociales. Tenía la esperanza de que el modelo de sistema conductual de Johnson fuera un marco que pudiera dejar a las futuras generaciones de enfermeras (D. Johnson, comunicación personal, 1991).

CASO CLÍNICO

Un hombre de 67 años ingresa en el hospital para someterse a unas pruebas diagnósticas tras experimentar un fuerte dolor abdominal y observar sangre en las heces. Está alerta y orientado. Tiene antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión. Su glucemia es de 187 mg/dl y la presión arterial es de 188/100 mmHg. El paciente mide 1,78 m y pesa 66 kg. Actualmente toma antihipertensivos, anticoagulantes, antiinflamatorios y antidiabéticos.

Su historia reciente revela que hace 6 semanas sufrió un accidente cerebrovascular agudo que le provocó una parálisis parcial y adormecimiento del brazo y la pierna derechos, afasia expresiva y habla arrastrada. Ha completado 4 semanas de rehabilitación en el hospital y es capaz de caminar distancias cortas con un bastón y una ayuda moderada. El paciente está débil y se fatiga rápidamente. Aunque puede mover el brazo derecho, lo evita a causa del dolor que le provoca la movilización. Toma paracetamol por el dolor del brazo derecho antes de las sesiones de fisioterapia y antes de irse a dormir. También sigue mostrando una ligera afasia expresiva. Está ansioso por continuar con su terapia y manifiesta preocupación por perder su cita con el traumatólogo para evaluar el brazo derecho. El paciente dice que la comida ya no le sabe bien y que no tiene apetito. Alentado por su familia, come pequeñas porciones de cada comida y bebe líquidos sin dificultad.

El paciente es un licenciado universitario que se ha jubilado recientemente. Lleva 45 años casado y tiene dos hijos adultos que viven en la misma ciudad. Es un líder en su iglesia y en la comunidad social. Su familia y sus amigos le visitan con frecuencia en el hospital. Se muestra alegre e intenta hablar con las visitas. Cuando no tiene visitas, se sienta tranquilamente en una habitación a oscuras o duerme. Se le saltan las lágrimas cada vez que su familia le abraza antes de irse. Agradece cada visita y se disculpa cada vez que «se emociona».

Evaluación conductual

Utilizando el modelo del sistema conductual de Johnson, se establece la siguiente evaluación conductual:

- **Realización:** el paciente ha logrado muchos de los objetivos de desarrollo de la edad adulta. Está aprendiendo de nuevo a realizar las actividades de la vida diaria (AVD), a caminar, a hablar y a adquirir otras habilidades cognitivo-motoras como leer, escribir y expresarse.
- **Apego-afiliación:** el paciente está casado y tiene dos hijos adultos que le apoyan y viven en la misma ciudad. Tiene muchos amigos y contactos sociales que le visitan con frecuencia.

- **Agresión-protección:** al paciente le preocupa que su mujer se desplace hasta el hospital por la noche, y que no coma bien mientras está con él en el hospital.
- **Dependencia:** su reciente accidente cerebrovascular, que ha provocado una disminución del uso del brazo y la pierna derechos, ha afectado a su movilidad y a la ejecución independiente de las AVD. La posibilidad de caerse, la incapacidad si se lesiona el brazo o la pierna y la debilidad son preocupaciones relacionadas con la seguridad. Su esposa ha asumido las responsabilidades económicas y de mantenimiento del hogar.
- **Ingestión:** desde el accidente cerebrovascular, el paciente ha experimentado una disminución del apetito. Ha perdido 9 kg en 6 semanas. Los estudios revelan que no tiene dificultades de deglución. Es capaz de comer con la mano izquierda, pero necesita ayuda para cortar los alimentos.
- **Eliminación:** el paciente es capaz de orinar sin dificultad en un orinal, pero prefiere ir caminando al baño. Sufre estreñimiento con frecuencia debido a la disminución de la ingesta de líquidos y alimentos.
- **Sexual:** se han producido cambios en la relación sexual del paciente con su esposa debido al dolor, al uso limitado del lado derecho y a la fatiga.

Evaluación del entorno

La evaluación de los factores del entorno interno y externo indica que hay varios que están creando tensión y amenazando el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual. Esta hospitalización y las pruebas diagnósticas constituyen un estrés añadido a la ya debilitada estabilidad biológica y psicológica del sistema conductual. El accidente cerebrovascular produjo varias deficiencias físicas y cognitivas que afectan a la independencia, el cuidado personal, el aprendizaje, la maduración y la socialización. La hospitalización en este momento puede retrasar o empeorar el pronóstico de la rehabilitación física y del habla del paciente. Necesitará ayuda para moverse con seguridad en el entorno hospitalario.

El paciente y su esposa son activos de su iglesia y participan en muchas actividades sociales. El paciente daba clases en la escuela dominical. Las enfermedades recientes, las hospitalizaciones y la fatiga han disminuido su capacidad para participar en las actividades que realizaba anteriormente. Aunque se ha adaptado a la debilidad del lado derecho y a la disminución de las funciones motoras al realizar las AVD con la mano izquierda y caminar con un bastón, todavía necesita ayuda. El paciente y su esposa viven en un barrio residencial.

(Continúa)

CASO CLÍNICO (cont.)

La familia instaló una rampa para facilitar el acceso a la vivienda. Su esposa afirma que los vecinos vigilan la casa cuando ella no está y están pendientes de su regreso para asegurarse de que se encuentra bien.

Componentes estructurales

- **Impulso u objetivo:** el paciente parece motivado para someterse a las pruebas diagnósticas y volver a casa. Está deseando volver al programa de rehabilitación ambulatorio. Parece igualmente importante para él reducir el estrés que pueda sufrir su esposa. Ella le anima y le presta apoyo positivamente. Él consulta a su esposa a la hora de tomar decisiones.
- **Servicio:** es evidente que el paciente está acostumbrado a tomar sus propias decisiones y a ser un líder. También es evidente que está acostumbrado a consultar a su esposa para comprobar que está conforme con las decisiones que se toman.
- **Elección:** aunque el paciente está de acuerdo con las pruebas diagnósticas, ya no tiene dolor y no ha tenido ninguna hemorragia desde que ingresó. Por lo tanto, está más centrado en lograr sus objetivos de rehabilitación. Empieza a realizar actividades y busca la ayuda de su familia para ir al baño, caminar por el pasillo y llevar a cabo las AVD.
- **Acciones:** el paciente se relaciona con las visitas y los familiares participando activamente en las conversaciones. Solicita ayuda en función de sus necesidades físicas y cognitivas. Pide a su familia y amigos que recen por su guía espiritual en el control de la enfermedad.

Requisitos funcionales

El paciente necesita ayuda externa para los tres requisitos funcionales: protección, cuidado y estimulación. La falta

de sensibilidad en el lado derecho y la movilidad reducida aumentan la posibilidad de lesiones. Se pueden utilizar dispositivos de protección como asideros y una silla de ducha. El paciente necesita ayuda para preparar las comidas, pero se ha adaptado a utilizar la mano izquierda para comer y beber. Las expectativas de socialización y rendimiento en el centro de rehabilitación ambulatorio son métodos importantes para proporcionar estimulación al paciente. La estimulación también la proporcionan los amigos y familiares que visitan al paciente. La estimulación social continua es vital para este paciente, ya que tiene dificultades para utilizar otras formas de estimulación como la radio, la televisión y la lectura.

Enfermería

Las acciones de enfermería son fuerzas reguladoras externas que deben proteger, estimular y cuidar para preservar la organización e integración del sistema conductual del paciente. Las acciones de enfermería para este paciente deberían centrarse en explicar las pruebas diagnósticas que se van a realizar y sus resultados. Será necesario identificar las comidas favoritas del paciente y animarle a que coma pequeñas cantidades con frecuencia, con los líquidos suficientes para evitar el estreñimiento. La enfermera debe abogar por la fisioterapia y la logopedia en el hospital para estimular las capacidades funcionales y reforzar las conductas de realización del paciente, así como para disminuir las necesidades de dependencia. Igual de importante será animarle a que siga socializando con sus amigos y familiares. El paciente y su esposa necesitarán apoyo y educación para identificar métodos de adaptación y control del desequilibrio e inestabilidad del sistema, así como para identificar acciones que mejoren las conductas que generan equilibrio y estabilidad del sistema.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Seleccione un paciente de su práctica clínica y uno o dos de los subsistemas de Johnson para los que haya indicios de desequilibrio del sistema conductual o una amenaza de pérdida de orden. Responda a las preguntas siguientes:
 - a. ¿Qué observación indica que hay un desequilibrio del sistema conductual o una amenaza de pérdida de orden para el subsistema o los subsistemas?
 - b. Considerar el servicio del paciente. ¿En qué se centró el paciente en la situación?
 - c. Considere las elecciones del paciente. ¿Consideró el paciente una serie de conductas para la situación? ¿Qué papel desempeñó el servicio del paciente en la elección de la conducta?
 - d. ¿Qué conductas (acciones) vio y con qué frecuencia? ¿Qué nivel de intensidad?
 - e. ¿Cuáles fueron las fuentes de protección, cuidado y estimulación para la o las conductas reales o deseadas? ¿La fuente era coherente y suficiente?
 - f. ¿Qué diagnósticos ha hecho? Describa su o sus intervenciones.
2. Después de completar la actividad número 1, reflexione sobre las formas en que el modelo influyó en su evaluación, la descripción del problema y su diagnóstico. Utilizando la teoría, ¿qué percepciones obtiene sobre el paciente?
3. Considere el uso del modelo de Johnson para el cuidado preventivo en un ámbito comunitario. ¿Qué ventajas y limitaciones podría encontrarse?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Modelo del sistema conductual de Johnson: <https://Nursology.net/nurse-theorists-and-their-work-Johnson-behavioral-system-model>
- Dorothy Johnson: modelo del sistema conductual: <https://nurselabs.com/dorothy-e-johnsons-behavioral-system-model>
- Modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson: www.currentnursing.com/nursing-theory/behavioural-system-model.html
- Johnson, D. (1988). *Portraits of excellence: The nurse theorists*. Vídeo/DVD. Athens, OH: Fitne, Inc. https://www.fitne.net/nurse_theorists1.jsp
- Holaday, B. (2014). Johnson's behavioral system model in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 138–159). Philadelphia: Mosby-Elsevier.
- Vanderbilt Medical Center, en <https://eblthroughtime.library.vanderbilt.edu/items/show/2017?tags=nursingwww.library.vanderbilt.edu/specialcollections/history-of-medicine/exhibits/biopages/djohnson.php>
- En las Eskin Biomedical Library Historical Collections de la Vanderbilt University existe una colección completa de documentos publicados e inéditos de Dorothy Johnson, así como correspondencia personal y fotografías.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, M. (2006). *Compassion fatigue experienced by emergency department nurses who provided care during and after the hurricane season of 2005*: College of Nursing Master's Thesis. Florida State University.
- Auger, J. A., & Dee, V. (1983). A patient classification system based on the Johnson behavioral system model of nursing: Part 1. *Journal of Nursing Administration*, 13(4), 38–43.
- Benson, S. (1997). The older adult and fear of crime. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(10), 24–31.
- Brinkley, R., Ricker, K., & Toumey, K. (2007). Esthetic knowing with a hospitalized morbidly obese patient [Abstract]. *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship*, 9(1).
- Brown, V. M. (2006). Behavioral system model. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 227–242). Philadelphia: Mosby/Elsevier.
- Buckley, W. (1968). *Modern systems research for the behavioral scientist: A source book*. Chicago: Aldine.
- Cerda, J. A. F., & Gonzalez, M. I. (2008). Application of a theoretical model of nursing in the intervention with women, victims of domestic violence. *Enfermería Global*, 7(13), 1–10.
- Colling, J., Owen, T., McCreedy, M., & Newman, D. (2003). The effects of a continence program on frail community-dwelling elderly persons. *Urologic Nursing*, 23(2), 117–131.
- Coward, D. D., & Wilkie, D. J. (2000). Metastatic bone pain: Meanings associated with self-report and self-management decision making. *Cancer Nursing*, 23(2), 101–108.
- Damus, K. (1980). An application of the Johnson behavioral system model for nursing practice. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 274–289). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Dee, V., van Servellen, G., & Brecht, M. (1998). Managed behavioral health care patients and their nursing care problems, level of functioning, and impairment on discharge. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4(2), 57–66.
- Dee, V., Tyson, S., Capparrell, L., Rigali, J., & Gross, S. (1999). *Guide to Johnson behavioral system model patient acuity classification*. Los Angeles: Neutopsychiatric Institute & Hospital Nursing Department, University of California Unpublished Manual.
- Derdarian, A. K. (1981). Nursing conceptual frameworks: Implications for education, practice, and research. In D. L. Vredeva, A. K. Derdarian, L. P. Sama, M. Eriel, & J. C. Shipaoff (Eds.), *Concepts of oncology nursing* (pp. 369–385). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Derdarian, A. K. (1988). Sensitivity of the Derdarian behavioral system model instrument to age, site, and stage of cancer: A preliminary validation study. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(2), 103–124.
- Derdarian, A. K. (1990). Effects of using systematic assessment instruments on patient and nurse satisfaction with nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 95–100.
- Derdarian, A. K. (1991). Effects of using a nursing model-based assessment instrument on quality of nursing care. *Nursing Administration Quarterly*, 15(3), 1–16.
- Derdarian, A. K., & Schobel, D. (1990). Comprehensive assessment of AIDS patients using the behavioral systems model for nursing practice instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 15(4), 436–446.
- Fawcett, J. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Feshbach, S. (1970). Aggression. In P. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3rd ed., pp. 157–259). New York: Wiley.
- Fleming, B. H. (1990). Use of the Johnson model in nursing education (abstract). In *Proceedings of the National Theory Conference*. UCLA Nursing Department: Los Angeles, 109–111.
- Ghanbari, A., & Pouy, S. (2018). Designing nursing care program based on Johnson Behavioral Model in children with acute lymphoblastic leukemia: A case study. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 631–638.
- Grice, S. L. (1997). *Nurses' use of medication for agitation for the psychiatric inpatient*. Washington, DC: Catholic University of America: Unpublished doctoral dissertation.

- Grubbs, J. (1980). An interpretation of the Johnson behavioral system model for nursing practice. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 217–254). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hadley, B. J. (1970, March). The utility of theoretical frameworks for curriculum development in nursing; the happening at Colorado. *Western Interstate Council of Higher Education in Nursing: Paper presented at WIN*.
- Harris, R. B. C. (1986). Introduction of a conceptual model into a baccalaureate course. *Journal of Nursing Education*, 25(1), 66–89.
- Heikham, G. C., & Raddi, S. A. (2015). Knowledge regarding complications of instrumental delivery and their management among final year B. S. nursing students of a selected nursing college. Belgaum Karnataka. *International Journal of Health Science and Research (IJHSR)*, 5(5), 277–283.
- Herbert, J. (1989). A model for Anna: Using the Johnson model of nursing in the care of one 75-year-old stroke patient. *Journal of Clinical Practice, Education and Management*, 3(42), 30–34.
- Hernandez, R. (2016). *Influencias Maternas en el sistema conductual del hijo/a relacionado con el estado nutricional (Maternal influences in their child behavioral system related to his/her nutritional status)*. Mexico: Universidad Autonoma de Tamaulipas Unpublished doctoral dissertation.
- Holaday, B. (1980). Implementing the Johnson model for nursing practice. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 255–263). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Holaday, B. (1981). Maternal response to their chronically ill infant's attachment behavior of crying. *Nursing Research*, 30, 343–348.
- Holaday, B. (1982). Maternal conceptual set development: Identifying patterns of maternal response to chronically ill infant crying. *Maternal-Child Nursing Journal*, 11, 47–69.
- Holaday, B., & Turner-Henson, A. (1987). Chronically ill school-age children's use of time. *Pediatric Nursing*, 13(6), 410–414.
- Holaday, B., Turner-Henson, A., & Swan, J. (1996). *The Johnson behavioral system model: Explaining activities of chronically ill children*. P. HintonWalker, B. Neuman. In *Blueprint for use of nursing models* (pp. 33–63). New York: NLN Press.
- Holden, L. M. (2005). Complex adaptive systems: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 651–658.
- Huang, L. (2007). *Chinese culture versus western medicine: Health implications for San Francisco elder Chinese immigrants with heart failure*: Walden University Unpublished doctoral dissertation AAT3258410.
- Huz, S., Andersen, D. F., Richardson, G. P., & Boothroyd, R. (1997). A framework for evaluating systems thinking interventions: An experimental approach to mental health system change. *Systems Dynamics Review*, 13(2), 145–169.
- Jenkins, G. M. (1969). The systems approach. *Journal of Systems Engineering*, 1(1), 3–49.
- Johnson, D. E. (1959a). The nature of a science of nursing. *Nursing Outlook*, 7, 291–294.
- Johnson, D. E. (1959b). A philosophy of nursing. *Nursing Outlook*, 7(4), 198–200.
- Johnson, D. E. (1961a). A conceptual basis for nursing care. *Unpublished lecture Third Conference: Unpublished lecture*: University of California Los Angeles C. E. Program.
- Johnson, D. E. (1961b). *Nursing's specific goal in patient care*. *Faculty Colloquium, School of Nursing*. Los Angeles: University of California Unpublished lecture.
- Johnson, D. E. (1965). *Is nursing meeting the challenge of family needs?* Madison, WI: Wisconsin League for Nursing: Unpublished lecture.
- Johnson, D. E. (1968a). *One conceptual model of nursing*. Nashville, TN: Vanderbilt University: Unpublished lecture.
- Johnson, D. E. (1968b). The focus of nursing research. *Paper presented at UCLA Alumni Day*.
- Johnson, D. E. (1976). The search for truth. *Paper presented at the installation of officers for the new chapter (Gamma Mu) of Sigma Theta Tau at the University of California*.
- Johnson, D. E. (1977). The behavioral system model for nursing. *Paper presented at a workshop for Sigma Theta Tau*.
- Johnson, D. E. (1978). Implications for research—the Johnson Behavioral System Model. *Paper presented at the Second Annual Nurse Educator Conference*.
- Johnson, D. E. (1980). The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 207–216). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Johnson, D. E. (1982). The behavioral system model for nursing. *Paper presented at Wheeling College*.
- Johnson, D.E. (1989). Some thoughts on nursing. Unpublished paper.
- Johnson, D. E. (1992). Origins of behavioral system model. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing (Commemorative edition)* (pp. 23–27). Philadelphia: Lippincott.
- Kirk, N. (2015). Overall quality of life in ventricular assist device patients. *Poster presented at the 14th Annual Celebration for Undergraduate Research and Creative Performance, Digital Commons*. <http://digitalcommons.hope.edu>.
- Lachicotte, J. L., & Alexander, J. W. (1990). Management attitudes and nurse impairment. *Nursing Management*, 21(9), 102–104.
- Lanouette, M., & St-Jacques, A. (1994). Premature infants and their families. *Canadian Nurse*, 90(9), 36–39.
- Lorenz, K. (1966). *On aggression*. New York: Harcourt.
- Loveland-Cherry, C., & Wilkerson, S. (1983). Dorothy Johnson's behavioral systems model. In J. Fitzpatrick, & A. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Analysis and application* (pp. 117–135). Bowie, MD: Robert J. Brady.
- Martha, L., Bhaduri, A., & Jain, A. G. (2004). Impact of oral cancer and related factors on the quality of life (QOL) of patients. *Nursing Journal of India*, 95(6), 129–131.
- Miller, J. G. (1965). Living systems: Basic concepts. *Behavioral Science*, 10(2), 193–237.
- Miller, J. G., & Page, S. E. (2007). *Complex adaptive systems: An introduction to computational models of social life*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Orb, A., & Reilly, D. E. (1991). Changing to a conceptual base curriculum. *International Nursing Review*, 38(2), 56–60.
- Oyedele, O. A., Wright, S. C. D., & Maja, T. M. M. (2013). Prevention of teenage pregnancies in Soshanguve, South Africa: Using the Johnson behavioural system model. *African Journal of Nursing & Midwifery*, 15(1), 95–108.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, IL: Free Press.
- Parsons, T. (1964). *Societies: Comparative and evolutionary perspectives*. Englewood, NJ: Prentice-Hall.
- Plsek, R., & Greenhaligh, T. T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(7313), 625–628.
- Poster, E. C., Dee, V., & Randell, B. P. (1997). The Johnson behavioral systems model as a framework for patient outcome evaluation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(3), 73–80.
- Puntill, C. (2005). New graduate orientation program in geriatric psychiatric inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 56(1), 65–80.
- Randell, B. P. (1991). NANDA versus the Johnson behavioral systems model: Is there a diagnostic difference? In R. M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the ninth conference* (pp. 154–160). Philadelphia: Lippincott.
- Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Health*, 61(11), 933–937.
- Riegel, B. (1989). Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Operationalization of Johnson's behavioral system model. *Advances in Nursing Science*, 11(2), 74–84.
- Small, B. (1980). Nursing visually impaired children with Johnson's model as a conceptual framework. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 264–273). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Tamilarasi, B., & Kanimozhi, M. (2009). Improving quality of life in breast cancer survivors: Theoretical approach. *The Nursing Journal of India*, 100(12), 276–277.
- Tineh, E. (2016). *Nursing interventions to enhance the quality of life for the Alzheimer's disease patient*. Degree thesis: Arcada University of Applied Sciences, Helsinki, Finland. <https://www.thesis.fi/bitstream/handle/10024/114812/EMELIA%20%20thesis.pdp?sequence=1>.
- Turner-Henson, A. (1992). *Chronically ill children's mothers' perceptions of environmental variables*: University of Alabama at Birmingham.
- Vennix, J. A. M., Gubbels, J. W., Post, D., & Poppen, H. J. (1990). A structured approach to knowledge elicitation in conceptual model-building. *Systems Dynamics Review*, 6(2), 194–208.
- Wang, K., & Palmer, M. H. (2010). Women's toileting behavior related to urinary elimination: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1874–1884.
- Wilkie, D., Lovejoy, N., Dodd, M., & Tesler, M. (1988). Cancer pain control behaviors: Description and correlation with pain intensity. *Oncology Nursing Forum*, 15(6), 723–731.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 507–514.
- Wilmoth, M. C., & Ross, J. A. (1997). Women's perception: Breast cancer and sexuality. *Cancer Practice*, 5(6), 353–359.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Johnson, D. E. (1964). Is there an identifiable body of knowledge essential to the development of a generic professional nursing program? In M. Maker (Ed.), *Proceedings of the First Interuniversity Faculty Work Conference: Education: New England Board of Higher*.
- Johnson, D. E. (1973). *Medical-surgical nursing: Cardiovascular care in the first person* In *American Nurses Association ANA Clinical Sessions* (pp. 127–134). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Johnson, D. E. (1976). Foreword. In J. R. Auger (Ed.), *Behavioral systems and nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Johnson, D. E. (1978). *State of the art of theory development in nursing*. In *National League for Nursing, Theory development: What, why, how?* New York: National League for Nursing (NLN Pub. No. 15–1708).
- Johnson, D. E. (1980). The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 207–216). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Johnson, D. E. (1990). The behavioral system model for nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 23–32). New York: National League for Nursing.

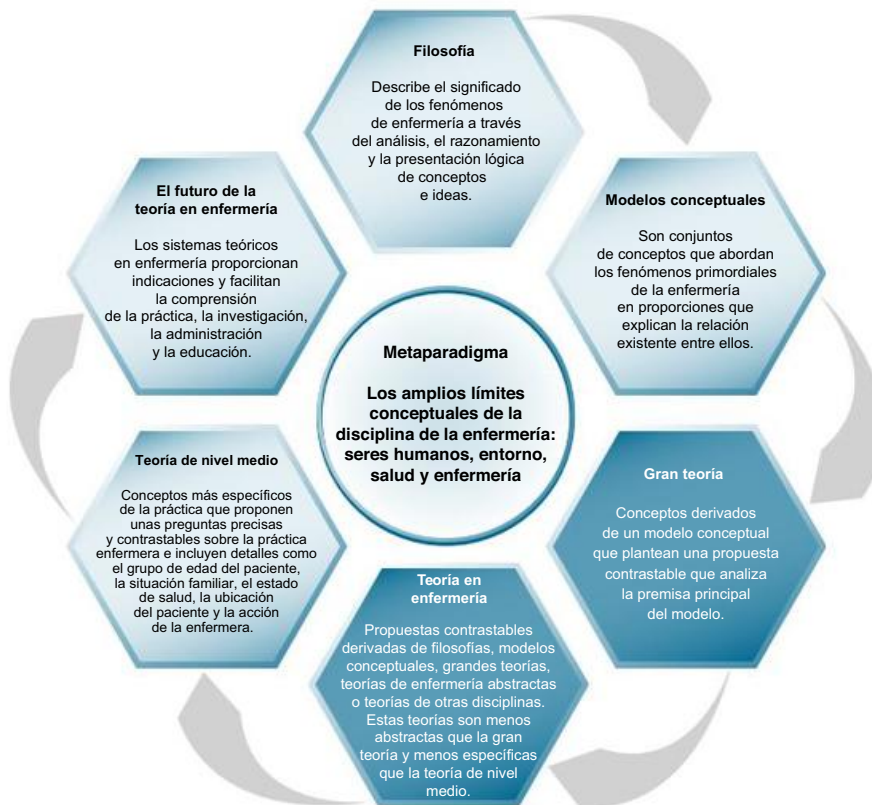
Artículos de revistas

- Johnson, D. E. (1943). Learning to know people. *American Journal of Nursing*, 43, 248–252.
- Johnson, D. E. (1954). Collegiate nursing education. *College Public Relations Quarterly*, 5, 32–35.
- Johnson, D. E. (1961). Patterns in professional nursing education. *Nursing Outlook*, 9(10), 608–611.
- Johnson, D. E. (1961). The significance of nursing care. *American Journal of Nursing*, 61(11), 63–66.
- Johnson, D. E. (1962). Professional education for pediatric nursing. *Children*, 9, 153–156.
- Johnson, D. E. (1964). Nursing and higher education. *International Journal of Nursing Studies*, 1, 219–225.
- Johnson, D. E. (1965). Crying in the newborn infant. *Nursing Science*, 3, 339–355.
- Johnson, D. E. (1965). Today's action will determine tomorrow's nursing. *Nursing Outlook*, 13(9), 38–41.
- Johnson, D. E. (1966). Competence in practice: Technical and professional. *Nursing Outlook*, 14(10), 30–33.
- Johnson, D. E. (1966). Year round programs set the pace in health careers promotion. *Hospitals*, 40, 57–60.
- Johnson, D. E. (1967). Powerlessness: A significant determinant in patient behavior? *Journal of Nursing Educators*, 6(2), 39–44.
- Johnson, D. E. (1967). Professional practice in nursing. *NLN Convention Papers*, 23, 26–33.
- Johnson, D. E. (1968). Critique: Social influences on student nurses in their choice of ideal and practiced solutions to nursing problems. *Communicating Nursing Research*, 1, 150–155.

- Johnson, D. E. (1968). Theory in nursing: Borrowed and unique. *Nursing Research*, 17, 206–209.
- Johnson, D. E. (1968). Toward a science in nursing. *Southern Medical Bulletin*, 56, 13–23.
- Johnson, D. E. (1974). Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, 23, 372–377.
- Johnson, D. E. (1982). Some thoughts on nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 3(1), 1–4.
- Johnson, D. E. (1987). Evaluating conceptual models for use in critical care nursing practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 6, 195–197.
- Johnson, D. E., Wilcox, J. A., & Moidel, H. C. (1967). The clinical specialist as a practitioner. *American Journal of Nursing*, 67, 2298–2303.
- McCaffery, M., & Johnson, D. E. (1967). Effect of parent group discussion upon epistemic responses. *Nursing Research*, 16, 352–358.
- Fuentes secundarias**
- Capítulos de libros**
- Fawcett, J. (2013). Johnson's behavioral system model. In J. Fawcett (Ed.), *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of contemporary knowledge: Nursing models and theories* (3rd ed., pp. 60–87). Philadelphia: F. A. Davis.
- Hoeman, S. P. (1996). Conceptual bases for rehabilitation nursing. In S. P. Hoeman (Ed.), *Rehabilitation nursing: Process and application* (2nd ed., pp. 3–20). St. Louis: Mosby.
- Holaday, B. (2015). Dorothy Johnson's behavioral system model and its applications. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 79–93). Philadelphia: F. A. Davis.
- Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2005). *An introduction to theory and reasoning in nursing* (pp. 141–144). Philadelphia: Lippincott.
- Lobo, M. L. (2002). Behavioral system model: Dorothy E. Johnson. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (5th ed., pp. 113–128). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- McEwin, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.) pp. 146–149). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.) pp. 277–297). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott.
- Wesley, R. L. (1995). *Nursing theory and models* (pp. 64–66). Springhouse, PA: Springhouse.
- systems model for nursing: The cancer patient. Part II. *Nursing Research*, 32, 260–266.
- Dhasaradhan, I. (2001). Application of nursing theory into practice. *Nursing Journal of India*, 92(10), 224–236.
- D'Huyvetter, D. (2000). The trauma disease. *Journal of Trauma Nursing*, 7(1), 5–12.
- Hall, E. O. C. (1997). Four generations of nurse theorists in the U.S.: An overview of their questions and answers. *Nordic Journal of Nursing Research*, 17(2), 15–23.
- Holaday, B. (1974). Achievement behavior in chronically ill children. *Nursing Research*, 23, 25–30.
- Kaya, N. (2012). Effect of attachment styles of individuals discharged from an intensive care unit on intensive care experience. *Journal of Critical Care*, 27(1), 7–14.
- Lidell, E., Segesten, K., & Fridlund, B. (1998). Myocardial infarction patients' anxiety along the life span and interrelationship with self concept. *Nordic Journal of Nursing Research*, 18(3), 15–19.
- Ma, T., & Gandet, D. (1997). Assessing the quality of our end-stage renal disease client population. *Journal of the Canadian Association of Nephrology Nurses and Technicians*, 7(2), 13–16.
- Magnari, L. E. (1990). Hardiness, self-perceived health, and activity among independently functioning older adults. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4(3), 177–188.
- Meng, M., Jiang, A., & Li, F. (2007). Research progress on Johnson's behavioral system model. *Chinese Nursing Research*, 21(35).
- Moreau, D., Poster, E. C., & Niemela, K. (1993). Implementing and evaluating an attending nurse model. *Nursing Management*, 24(6), 56–58. 60, 64.
- Newman, M. A. (1994). Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 7(4), 153–157.
- Niemela, K., Poster, E. D., & Moreau, D. (1992). The attending nurse: A new role for the advanced clinician: Adolescent inpatient unit. *Journal of Child Adolescent Psychiatric & Mental Health Nursing*, 5(3), 5–12.
- Poster, E. C., & Beliz, L. (1992). The use of the Johnson behavioral systems model to measure changes during adolescent hospitalizations. *International Journal of Adolescence and Youth*, 4(1), 73–84.
- Reynolds, W., & Cormack, D. F. S. (1991). An evaluation of the Johnson behavioral systems model for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1122–1130.
- Wilmoth, M. C., & Tingle, L. R. (2001). Development and psychometric testing of the Wilmoth Sexual Behaviors Questionnaire: Female. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(4), 135–151.
- Zhou, L., & Tang, L. (2010). Application of Johnson's behavioral system theory in a patient of extrahepatic bile duct stones with postoperative depression. *Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army*, 21.
- Artículos de revistas**
- Botha, M. E. (1989). Theory development in perspective: The role of conceptual frameworks and models in theory development. *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), 49–55.
- Derdarian, A. K., & Forsythe, A. B. (1983). An instrument for theory and research development using the behavioral

Teorías y grandes teorías

- Las teorías en enfermería describen, explican o predicen resultados basándose en las relaciones entre los conceptos de los fenómenos de enfermería.
- Las teorías proponen relaciones enmarcando un problema de enfermería y definiendo los términos pertinentes.
- Las teorías en enfermería pueden desarrollarse en varios niveles de abstracción.
- Las grandes teorías en enfermería se consideran teorías porque, aunque son casi tan abstractas como un modelo conceptual, proponen un resultado que pone a prueba la premisa principal de la gran teoría.
- Algunos ejemplos de grandes teorías de los modelos de enfermería son la teoría de Roy sobre la persona como sistema adaptativo, la teoría de Neuman sobre la estabilidad óptima del cliente y la teoría de King sobre la consecución de objetivos. Otros ejemplos de grandes teorías podrían ser el modelado y el modelado de roles de Erickson, o la teoría de las transiciones de Meleis.





Anne Boykin



Savina O. Schoenhofer

Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer: teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica

Savina O. Schoenhofer, Marguerite J. Purnell

«La naturaleza de las relaciones se transforma a través del cuidado.»

(Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 4)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Anne Boykin

Anne Boykin creció en Kaukauna, Wisconsin y fue la segunda de seis hermanos. Comenzó la carrera de Enfermería en 1966 y se graduó en el Alverno College de Milwaukee (Wisconsin). Completó un máster en la Emory University de Atlanta (Georgia), y el doctorado en la Vanderbilt University en Nashville (Tennessee). La Dra. Boykin está casada con Steve Staudenmeyer y tienen cuatro hijos. Anne Boykin se jubiló en otoño de 2011 y es profesora emérita de la Facultad de Enfermería Christine E. Lynn en la Florida Atlantic University. Se mudó a Asheville, Carolina del Norte, donde disfruta en un entorno montañoso y con lagos.

La Dra. Boykin fue directora del Anne Boykin Institute para el avance de los cuidados en enfermería de la facultad desde 2011 hasta 2020. Boykin se ha involucrado durante mucho tiempo en el avance del conocimiento en la disciplina, especialmente centrado en el fenómeno del cuidado. Los cargos que ha desempeñado en la International Association for Human Caring incluyen el de presidenta electa (1990-1993),

presidenta (1993-1996) y miembro del comité de nominación (1997-1999). Nada más dejar el cargo de presidenta, fue coeditora de la revista *International Association for Human Caring* entre 1996 y 1999.

El trabajo académico de Boykin se centra en el cuidado como base de la enfermería, como se pone de manifiesto en sus libros *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (coescrito con Schoenhofer, 1993, 2001a) y *Living a Caring-Based Program* (1994b). Este último ilustra la evolución de un programa de enfermería basado en los cuidados. Además de estos libros, la Dra. Boykin editó *Power, Politics and Public Policy: A Matter of Caring* (1995) y *Caring as Healing: Renewal Through Hope*, coeditado con Gaut (1994). En 2014, Boykin et al. escribieron conjuntamente *Health Care System Transformation for Nursing and Health Care System Leaders: Implementing a Culture of Caring*, que ofrece estrategias prácticas para que todos los que intervienen en el sistema sanitario utilicen los valores del cuidado de la vida. Ha escrito numerosos capítulos de libros y artículos y ejerce como asesora a nivel local, regional, nacional e internacional sobre el tema de los cuidados.

Savina O. Schoenhofer

Savina Schoenhofer fue la segunda de nueve hermanos, y la primera mujer, y pasó sus años de formación en el rancho ganadero de su familia, en Kansas. Su nombre proviene de su abuelo materno, que era un músico clásico de Kansas City (Missouri). Tiene una hija, Carrie, y una nieta, Emma, que también es enfermera.

En la década de 1960, Schoenhofer pasó 3 años en la región amazónica de Brasil trabajando como voluntaria en el desarrollo de la comunidad. En 1972 completó el doble grado en enfermería y psicología en la Wichita State University, donde también se diplomó en Enfermería, Psicología y Asesoramiento. Completó su doctorado en Fundaciones Educativas y Administrativas en la Kansas State University en 1983. En 1990, Schoenhofer cofundó *Nightingale Songs*, un lugar de encuentro para comunicar la belleza de la enfermería en poesía y prosa. Schoenhofer descubrió en un primer estudio que los cuidados eran el servicio de enfermería que los pacientes acogían con mayor gratitud. Además de su trabajo sobre los cuidados, que incluye la coautoría con Boykin de *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (1993, 2001a), Schoenhofer ha escrito numerosos artículos sobre los valores de la enfermería, la atención primaria, la educación en enfermería, el apoyo, el tacto, la tutoría y los robots en la enfermería.

La carrera de Schoenhofer en el campo de la enfermería se ha visto claramente influida por tres colegas: la teniente coronel Ann Ashjian (jubilada), cuya práctica de enfermería comunitaria en Brasil supuso un modelo inspirador para la enfermería; la Dra. Marilyn E. Parker, una compañera de la facultad que fue su tutora en la idea de la enfermería como disciplina, el papel académico de la educación superior y el mundo de las teorías y los teóricos de la enfermería, y la Dra. Anne Boykin, que la introdujo en el cuidado como un campo fundamental de estudio en la enfermería.

Se jubiló tras 32 años de carrera docente en los niveles de diplomatura, licenciatura, máster y doctorado en universidades como Wichita State, Florida Atlantic, University of Mississippi, Texas Tech y Alcorn State. La Dra. Schoenhofer está comprometida con el estudio de la enfermería como cuidado.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de la enfermería como cuidado surgió a partir de los primeros trabajos de desarrollo del plan de estudios de la Facultad de Enfermería de la Florida Atlantic University. Anne Boykin y Savina Schoenhofer (2001) dirigieron la elaboración de un plan de estudios basado en los cuidados tempranos como preparación para la acreditación inicial del programa. Cuando se completó e implantó el currículo revisado, Boykin y Schoenhofer reconocieron la importancia de continuar desarrollando las ideas sobre un marco conceptual amplio en el que se reflejara el concepto y el objetivo de la enfermería como disciplina y profesión. El punto de partida

del pensamiento tradicional fue el reconocimiento de los cuidados como *fin*, más que como un medio de la enfermería, es decir, los cuidados constituyen la *intención* de la enfermería, en lugar de ser meramente un instrumento de esta. La teoría de la enfermería como cuidado es un resultado de este trabajo.

El trabajo posterior para identificar los supuestos fundamentales de la enfermería dejó clara la idea de la situación de la enfermería como una experiencia vivida compartida en la que los *cuidados compartidos* entre la enfermera y la persona atendida (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 24) potencian a la persona. Se refleja la persona como vivencia basada en los cuidados. Las nuevas nociones sobre la situación de enfermería y el objetivo de la enfermería hacen surgir el significado de las bases de la teoría y permiten la comprensión práctica de la enfermería en tanto que disciplina y profesión. Cuando surgieron la crítica y el refinamiento de la teoría, además del estudio de las situaciones de enfermería, se consideró que el concepto de la enfermería centrada principalmente en la salud era limitante. Boykin y Schoenhofer proponen que la enfermería se ocupa del amplio espectro de la vida humana, de manera que el enfoque de la enfermería se conceptualiza como «fomentar que las personas vivan y crezcan en el contexto de los cuidados» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 21).

Hubo tres trabajos que influyeron significativamente en el desarrollo inicial de la teoría. La teoría fenomenológica existencial de la enfermería humanista de Paterson y Zderad (1988), considerada por Boykin y Schoenhofer como el antecedente histórico de la enfermería como cuidado por ideas germinales como «cuidados compartidos», «necesidad de enfermería», «respuesta de enfermería» y «persona», sirvió como base sustantiva y estructural para su conceptualización de la enfermería como cuidado. La tesis de Roach (1987, 2002), que afirma que el cuidado es el modo humano de ser, encuentra su expresión natural y dominio en las asunciones de la teoría. Sus «6 C» (*compromiso, confianza, conciencia, competencia, compasión y comportamiento*) contribuyen a crear un lenguaje de los cuidados (Roach, 2002). La obra de Mayeroff (1971), *On Caring*, proporcionó un lenguaje rico y elemental que facilitó el reconocimiento y la descripción del significado práctico de vivir los cuidados en la cotidianidad de la vida. Los principales ingredientes de los cuidados según Mayeroff (1971) (conocimiento, alternancia de ritmos, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y valor) describen el manantial de la vida humana. En la teoría de la enfermería como cuidado, los conceptos de Mayeroff son esenciales para entender la vida como cuidado de las personas y apreciar su expresión única en la relación recíproca del cuidador y la persona cuidada.

El concepto de Boykin y Schoenhofer de la enfermería como disciplina se vio influido por Phenix (1964), King y Brownell (1976) y Orem (1979), y el concepto de enfermería como profesión, por las ideas de Flexner (1910). Además del trabajo de estos pensadores, Boykin y Schoenhofer son miembros veteranos de la comunidad de profesores de enfermería,

cuyo estudio se centra en los cuidados. Sin duda su asociación colegial y su apoyo mutuo influyeron en el trabajo.

Las formas incipientes de la teoría de la enfermería como cuidado se publicaron por primera vez en 1990 y 1991, y la primera exposición completa de la teoría se presentó en una conferencia sobre teorías en 1992 (Boykin y Schoenhofer, 1990, 1991; Schoenhofer y Boykin, 1993). Posteriormente apareció *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*, publicado en 1993 (Boykin y Schoenhofer, 1993) y reeditado con un epílogo en 2001 (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Gaut observa en Boykin y Schoenhofer (2001a) que la teoría es un excelente ejemplo de crecimiento por intensidad o iluminación gradual, caracterizada por «el desarrollo de una bibliografía existente, la categorización de las conceptualizaciones del cuidado y el desarrollo posterior de las teorías del cuidado humano» (p. xii).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Los supuestos de la enfermería como cuidado fundamentan la práctica de la enfermería al conocer, mejorar e iluminar los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada. Por tanto,

más que proporcionar variables empíricas a partir de las cuales se plantean hipótesis y predicciones comprobables, la teoría de la enfermería como cuidado *transforma cualitativamente la práctica*. En la teoría, las personas son únicas y no predecibles en cada momento y, por tanto, no deben, ser manipuladas o ser objeto de pruebas, investigaciones y variables. Ellis creía que las teorías debían revelar el conocimiento al que las enfermeras deben aspirar (Algase y Whall, 1993). La teoría de la enfermería como cuidado revela la esencia de reconocer el cuidado compartido entre la enfermera y la persona cuidada como un conocimiento que las enfermeras deben alcanzar. Desde esta perspectiva, los resultados de los cuidados de enfermería reflejan la valoración de la persona de forma que comunican la riqueza del «valor añadido» de la experiencia enfermera (Boykin et al., 2003, p. 225). Las características de la persona son esenciales en la teoría, como la unidad, la plenitud, la conciencia y la intención. En la enfermería como cuidado, los resultados del valor de la enfermería experimentado en la relación se articulan mejor en términos subjetivos y descriptivos; la medida completa del valor experimentado no es objetiva ni cuantificable (Boykin y Schoenhofer, 1997).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Objetivo e intención de la enfermería

Las disciplinas del conocimiento son comunidades de estudiosos que desarrollan una perspectiva particular del mundo y de lo que significa estar en el mundo (King y Brownell, 1976). Las comunidades disciplinarias mantienen en común un sistema de valores que se expresa como su objetivo único en el conocimiento y en la práctica. Desde la perspectiva de la teoría de la enfermería como cuidado, el **objetivo** de la enfermería como disciplina de conocimiento y práctica profesional basada en ese conocimiento es *atender a las personas que viven y crecen en el cuidado*. La **intención** general de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado y apoyarlas y mantenerlas mientras viven ese cuidado (Boykin y Schoenhofer, 2020). Esta intención se expresa de forma especial cuando la enfermera establece una relación con la persona cuidada con la intención de conocerla como persona cuidada y de reconocerla y celebrarla como persona cuidada (Boykin y Schoenhofer, 2001a). El cuidado se expresa en la enfermería y es «la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona de la que se reconoce que vive el cuidado y crece en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 25). La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y eficaces de comunicar los cuidados se desarrollan a través de la intención de cuidar de la enfermera.

Perspectiva de las personas como cuidado

El supuesto fundamental de la teoría es que todas las personas son cuidado. El cuidado es vivido por cada persona,

momento a momento, y es una característica esencial del ser humano. El cuidado es un proceso y, durante la vida, cada persona crece con la capacidad de expresar cuidado. Por tanto, se reconoce que la **persona**, se desarrolla constantemente en el cuidado. Desde la perspectiva de la teoría, «fundamental, potencial y realmente, cada persona es cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 2), aunque cada acto de la persona pueda no entenderse como cuidado. Es básico para la teoría conocer a la persona que vive en cuidados y crece en cuidados.

Situación enfermera

El cuidado es el servicio que la enfermería ofrece y vive en el contexto de la **situación enfermera** (Boykin y Schoenhofer, 2020). La situación enfermera es todo lo que se sabe y se hace en enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a) y se conceptualiza como «la experiencia compartida y vivida en la que el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada potencia a la persona» (Boykin y Schoenhofer, 1993, p. 24). La situación enfermera es lo que está presente en la mente de la enfermera siempre que su intención sea «cuidar» (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Es dentro de la situación de enfermería que la enfermera llega a la persona cuidada y atiende a su solicitud de cuidado; la práctica de la enfermería y el conocimiento práctico de la enfermería se sitúan en este contexto relacional. La situación de enfermería supone la expresión de unos valores, intenciones y acciones de dos o más personas que eligen vivir una relación de cuidado. En esta

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

relación vivida se crea y se entiende todo el conocimiento de la enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2020). El relato como método recrea y representa la esencia de la situación enfermera, haciendo que el conocimiento de la enfermería esté disponible para su estudio posterior (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Además, los relatos de situaciones de enfermería comunicados a través de medios estéticos como la poesía, la pintura, la escultura y la danza preservan el significado vivido de la situación y la apertura de esta a través del texto (Boykin et al., 1994).

Personalidad

La personalidad es un proceso de vida basado en el cuidado. Implica ser uno mismo como persona cuidada auténtica y estar abierta a desplegar posibilidades de cuidados. Los profesionales de enfermería viven constantemente el significado de su cuidado de momento a momento. Dentro de la situación de enfermería, la experiencia vivida de los *cuidados compartidos* potencia la personalidad, y tanto la enfermera como la persona atendida crecen en el cuidado. En la intimidad de los cuidados, el respeto por uno mismo como persona y el respeto por los demás son valores que afirman la personalidad. «Una comprensión profunda de la personalidad transmite la paradoja de la persona como persona y la persona en comunión a la vez» (Boykin y Schoenhofer, 2020, p. 336).

Invitación directa

Dentro de la situación de enfermería, la enfermera utiliza la **invitación directa** para llegar a conocer lo que más importa a la persona atendida en ese momento. Con la intención de llegar a conocer de verdad a la persona a la que cuida, el profesional de enfermería se arriesga a entrar en el mundo del otro y a llegar a saber lo que tiene sentido para él. El enfoque se dirige al significado de la persona a la que se proporcionan los cuidados. En el lenguaje personal del profesional de enfermería se transmiten invocaciones a compartir lo que importa, con reflexiones del estilo de «¿cómo puedo cuidarlo de manera que tenga sentido para usted?» o «¿qué es lo que más le importa en este momento?». El poder de la invitación directa profundiza en la humildad de la situación de enfermería, unificando y guiando la intención del profesional y de la persona a la que cuida. Estas invitaciones expresadas de forma singular sobre los cuidados promueven respuestas de valoración mutua en la satisfacción de los *cuidados compartidos*.

Llamadas de cuidado

Las **llamadas de cuidado** son llamadas de atención percibidas por la mente de la enfermera (Boykin y Schoenhofer,

2001a, 2001b). La intencionalidad (Schoenhofer, 2002a) y la presencia auténtica favorecen que la enfermera escuche las llamadas de cuidado. La enfermera responde de forma singular a la persona atendida con un conocimiento deliberadamente desarrollado de lo que significa ser humano, reconociendo y afirmando a la persona que vive los cuidados de una forma peculiar en la situación inmediata (Boykin y Schoenhofer, 1993). Las llamadas de cuidado son únicas, expresiones personales, no pueden ser predichas, pero se originan en las personas que viven cuidados en sus vidas y mantienen esperanzas y aspiraciones de crecer en cuidados. «Las llamadas de cuidado son formas individualmente relevantes de decir "conóceme como persona de cuidados en el momento y acompáñame mientras intento vivir plenamente quien realmente soy"» (Boykin y Schoenhofer, 2020, p. 336).

Cuidados compartidos

Cuando la enfermera entra en el mundo de la otra persona con la intención de conocerla como persona de cuidados, el encuentro da lugar al fenómeno de los **cuidados compartidos**, dentro del cual la persona es atendida (Boykin y Schoenhofer, 2001a). Mediante la presencia y la intencionalidad, la enfermera consigue conocer a la persona cuidada, viviendo y creciendo en cuidados. La manifestación constante y mutua potencia su relación de amor. Sin el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada, puede producirse una actividad unidireccional o el intercambio recíproco, pero el cuidar en su significado más completo no ocurre. Es en el contexto de los *cuidados compartidos* donde la persona es atendida, cada una se expresa a su manera y se reconoce a la otra persona como una persona de cuidados (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Respuesta de enfermería

Dentro de la situación enfermera, el conocimiento de una persona aclara la llamada de cuidados y da forma a la **respuesta de enfermería**, permitiendo la transformación del conocimiento aportado por la enfermera a la situación, desde lo general a lo particular y único (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La respuesta de enfermería se cocrea en la intimidad de lo que importa realmente y es una expresión específica de la aportación de cuidados para mantener y fortalecer al otro ser que vive y crece en cuidados. Las respuestas de enfermería a las llamadas de cuidados evolucionan cuando las enfermeras aclaran su entendimiento sobre las llamadas a través de su presencia y diálogo. Dichas respuestas se crean de forma exclusiva para el momento y no pueden predecirse ni aplicarse automáticamente como protocolos preestablecidos (Boykin y Schoenhofer, 1997).

PRINCIPALES PREMISAS

Las creencias fundamentales sobre lo que significa ser humano sustentan la teoría de la enfermería como cuidado. Boykin y Schoenhofer (2001a) abordan seis premisas principales que reflejan un conjunto de valores que proporcionan una base para comprender y explicar el significado de la enfermería.

Persona

Uno: las personas son fruto del cuidado en virtud de su humanidad

La creencia de que las personas son cuidado en virtud de su humanidad establece las bases ontológicas y éticas en las que se fundamenta la teoría. Ser una persona significa vivir, cuidar, a través de lo cual el ser y las posibilidades son capaces de ser conocidos en su plenitud. Las personas, a lo largo de su vida, crecen en la capacidad de expresar el cuidado. La suposición de que todas las personas son cuidado no requiere que cada acto de una persona sea cuidado, pero sí requiere la aceptación de que «cada persona es cuidado fundamentalmente, potencialmente y realmente» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 2). Mediante la entrada, la experiencia y el aprecio de la vida-mundo de la otra persona, la naturaleza del ser humano se entiende de forma más completa. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la comprensión de la persona como cuidado «se centra en valorar y celebrar la integridad humana, la persona humana que vive y crece en el cuidado, y el compromiso personal activo con los demás» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 5).

Dos: las personas son un todo y completas en el momento

El respeto por la persona se comunica mediante la noción de una persona como un todo o completa en el momento. Esto significa que «no hay insuficiencia, rotura ni ausencia de algo» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 12). La plenitud, o la totalidad del ser, está presente para siempre. La percepción de la persona como cuidado y completa es intencional, al ofrecer una lente unificadora para estar con el otro evita la segmentación en partes como mente, cuerpo y espíritu. A través de esta lente, la persona es en todo momento completa. La idea de la plenitud no impide la idea de la complejidad del ser. Por el contrario, desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, considerar a la persona menos que un todo hace fracasar el verdadero encuentro con la persona.

Tres: las personas viven el cuidado, momento a momento

El cuidado es un proceso que dura toda la vida y que se vive momento a momento y se revela constantemente. En el ritmo de las experiencias de la vida, desarrollamos continuamente expresiones de nosotros mismos como personas de cuidado. La actualización del potencial de expresar cuidado varía en cada momento. Como la competencia de cuidado se desarrolla a lo largo de la vida, llegamos a entender lo que significa ser una persona de cuidado, vivir cuidado y

atenderse mutuamente como cuidado. Esta conciencia de uno mismo como persona de cuidado desarrolla en la conciencia el valor del cuidado y se convierte en el imperativo moral, dirigiendo los «debería» de las acciones con la pregunta continua: «¿Cómo debería actuar como persona de cuidado?» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 4).

Salud

Cuatro: la personalidad es vivir la vida basada en el cuidado

La personalidad es un proceso de vivir el cuidado y crecer en el cuidado. Es ser auténtico, demostrar congruencia entre las creencias y los comportamientos, y vivir el sentido de la propia vida. La personalidad reconoce el potencial para mostrar posibilidades de cuidados momento a momento. Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la personalidad es la llamada humana universal. Esto implica que la plenitud del ser humano se expresa en la vivencia del cuidado de forma única día a día y se potencia a través de la participación en las relaciones de cuidado (Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Entorno

Cinco: la personalidad se potencia a través de la participación en las relaciones de atención cuidando a los otros

Como proceso, la personalidad reconoce el potencial de las personas para vivir el cuidado y se potencia a través de la participación en relaciones de cuidado con otros. «La naturaleza de las relaciones se transforma a través del cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 4). Cuidado es vivir en el contexto de las responsabilidades relacionales y las posibilidades, y reconocer la importancia de conocerse persona a persona. «A través del conocimiento de uno mismo como persona de cuidado, se es capaz de ser auténtico con uno mismo», y así ser libre para estar realmente con los demás (2001a, p. 4).

Enfermería

Seis: la enfermería es tanto una disciplina como una profesión

La enfermería es una unidad «exquisitamente entrelazada» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 6) de aspectos de la disciplina y la profesión de enfermería. Como disciplina, la enfermería es una forma de conocer, ser, valorar y vivir en el mundo, y se considera una unidad de conocimiento dentro de una unidad mayor. La disciplina enfermera atiende al descubrimiento, creación, desarrollo y refinamiento del conocimiento necesario para la práctica de los cuidados. La profesión de la enfermería atiende a la aplicación de este conocimiento en respuesta a las necesidades humanas. Desde el punto de vista de la enfermería como cuidado, la disciplina y la práctica están guiadas por la afirmación central: «la enfermería consiste en atender a las personas que viven el cuidado y crecen en el cuidado» (p. 11).

La enfermería como cuidado se centra en el conocimiento necesario para la comprensión integral de lo que significa ser

humano y los métodos distintivos necesarios para verificar este conocimiento. Como ciencia humana, conocer la enfermería significa conocer las esferas personal, empírica, ética y estética a la vez (Carper, 1978; Phenix, 1964). Estos patrones de conocimiento proporcionan el contexto organizado para formular preguntas epistemológicas del cuidado dentro de la enfermería.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El amplio marco filosófico de la teoría asegura su congruencia en una variedad de situaciones de enfermería. Como teoría general, la enfermería como cuidado es adecuada para varios papeles de enfermería, como práctica individual, práctica de grupo o institucional y diferentes contextos prácticos, como el cuidado de agudos, cuidado a largo plazo, cuidados extrahospitalarios, administración de cuidados y educación en cuidados.

Los supuestos fundamentales de la enfermería como cuidado sustentan las afirmaciones y los conceptos de la teoría. Estos son los siguientes: 1) ser humano es ser cuidado, y 2) el propósito de la disciplina y la profesión es llegar a conocer personas y atenderlas como personas que viven cuidados y crecen en cuidados. Estas premisas originan el concepto del respeto por las personas como individuos de cuidado y respeto por lo que les importa. La noción del respeto es la base, caracteriza las relaciones y es el punto de partida para todas las actividades de cuidado de enfermería.

Dance of Caring Persons

Dance of Caring Persons es una representación visual de la afirmación teórica de que los cuidados vividos entre la enfermera y la persona cuidada expresan relaciones subyacentes (fig. 19.1). El espíritu igualitario de respeto cuidadoso caracteriza a cada uno de los participantes en la *Dance of Caring Persons*, en la que se honran las contribuciones de cada bailarín, incluido el que es cuidado. *Dance of Caring Persons* es también un modelo para guiar al conjunto de una organización en la que cada persona que interviene en el sistema sanitario vive el cuidado de forma significativa y ocupa un lugar valioso en el sistema: todos son cuidadores (Boykin et al., 2014).

Los bailarines entran en la situación de la enfermería, visualizada como un círculo de cuidados que proporciona un objetivo organizador y un funcionamiento integrado (Boykin et al., 2003). Los bailarines se mueven con libertad; algunos bailarines tocan, otros bailan solos, pero todos bailan en relación con los demás y en el círculo. Cada bailarín aporta regalos especiales a medida que la situación de enfermería evoluciona. Algunos bailarines pueden oír notas diferentes y un ritmo diferente, pero todos se armonizan en la unidad de la danza y la homogeneidad del círculo. El conocimiento personal de uno mismo y de los otros es parte integral de la conexión de las personas que intervienen en la danza, en la que la naturaleza de la relación en el círculo se basa en la valoración y el respeto de la persona (Boykin y Schoenhofer,

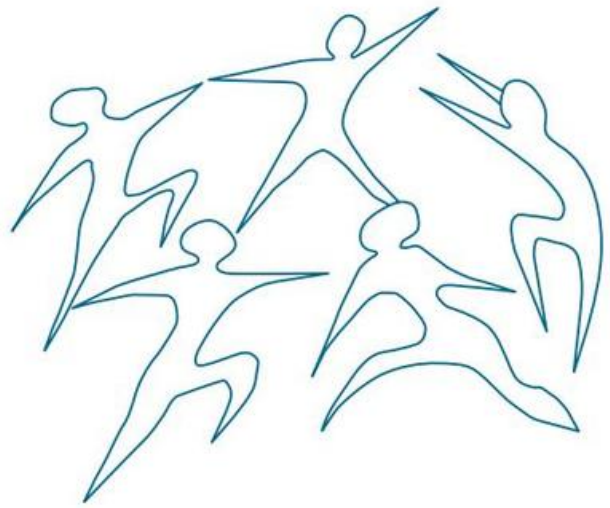


Fig. 19.1 *Dance of Caring Persons.* (Tomado de Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. [2001a]. *Nursing as Caring: A model for transforming practice* [p. 37]. [Reedición del volumen original de 1993, con adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; ilustración creada por Shawn Pennell, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL.)

2001a). Todo en la situación de enfermería, incluidos la enfermera y el que es cuidado, mantiene la danza, potenciándose su energía y resonando con la música del cuidado. En respuesta a los avances tecnológicos de la robótica sanitaria y anticipando un futuro en el que los robots serían compañeros de cuidados de las enfermeras, se desarrolló la obra *Dance of Living Caring* para incluir robots humanoides en la danza (Schoenhofer et al., 2019) (fig. 19.2).



Fig. 19.2 *Dance of Living Caring.* (Ilustración creada por Shawn Pennell, Florida Atlantic University, Boca Raton, FL.)

Resultados de los cuidados de enfermería

Los resultados de los cuidados de enfermería se conceptualizan a partir de los valores experimentados en la relación de enfermería, y en la documentación normativa, estos resultados no se reconocen. Boykin y Schoenhofer (1997) señalan que es responsabilidad de la enfermera de práctica avanzada valiente «ir más allá de lo que se acepta actualmente para delimitar y comunicar el valor expresado por las personas que participan en las situaciones de enfermería» (p. 63).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría se presenta de forma lógica, fundamentada en la enfermería como disciplina del conocimiento y como profesión, y en los supuestos generales relacionados con las personas como cuidado en la enfermería. Esta es una teoría general de enfermería ampliamente argumentada, reproducida en el lenguaje de cada día. La obra de Mayeroff (1971), *On Caring*, y las «6 C» de Roach (1987) proporcionaron un lenguaje que iluminó el significado práctico del cuidado en las situaciones de enfermería.

Los conceptos clave de *cuidado, enfermería, intención, situación de enfermería, invitación directa, llamada de enfermería como cuidado, cuidados compartidos y respuesta de enfermería* se describen como supuestos generales, y los significados interrelacionados se ilustran en el modelo de *Dance of Caring Persons*. La invitación directa, introducida en la edición de 2001 de *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*, es una elaboración de la situación de enfermería y aclara el papel de la enfermera en la iniciación y el mantenimiento de las respuestas de cuidado. La historia como método de conocimiento se centra en situaciones de enfermería como lugar para el conocimiento de esta como una extensión fluida y lógica del contexto.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La enfermería es una forma de vivir los cuidados en el mundo y se revela en patrones personales de cuidado. Los fundamentos para la práctica de la teoría de la enfermería como cuidado se iluminan cuando la enfermera llega a conocerse a sí misma como persona que cuida «en unas dimensiones cada vez más profundas y amplias» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. xv). Practicar la enfermería en este contexto requiere la aceptación de que conocerse a uno mismo como cuidado es importante, y es esencial para conocer a los otros como cuidado. Esto es especialmente importante en los contextos prácticos que despersonalizan y apoyan la noción de la enfermera como instrumento y como medio para un fin. En lugar de en la práctica de la enfermería centrada en las actividades, el enfoque de la práctica se dirige a la intención de conocer y atender a la persona a la que se

proporciona el cuidado. Con frecuencia, el reconocimiento del yo como persona de cuidados no tiene lugar hasta que se articula y se comparte la historia del cuidado que sucede en la situación de enfermería. Al reflexionar sobre sus cuidados, las enfermeras describen momentos de sorpresa o satisfacción, se reconocen a sí mismas como seres de cuidado y redescubren la libertad en las posibilidades de cuidar dentro de la situación de enfermería: «libertad para ser, libertad para elegir y libertad para desarrollarse» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 23). Al celebrar los valores de los cuidados de forma explícita se reafirma la sustancia de la enfermería y se refresca la intención de cuidados de la enfermera. Al compartir la historia, aparecen nuevas posibilidades para vivir la enfermería como cuidado.

Administración de los servicios de enfermería

Al vivir la enfermería como cuidado, la administradora de enfermería toma decisiones en las que las actividades están impregnadas de la preocupación por dar forma a una cultura transformadora que encarna los valores fundamentales expresados en la enfermería como cuidado. Todas las actividades de la administradora de enfermería deben estar relacionadas con el trabajo directo de la enfermería y «dirigidas en última instancia a la o las personas que reciben el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 33). Estas actividades incluyen la creación, el mantenimiento y el apoyo de un entorno abierto a llamadas de enfermería y que proporciona respuestas de atención.

Boykin y Schoenhofer (2001a) señalan que, contrariamente a la percepción de que las administradoras de enfermería están alejadas de los cuidados directos de las personas cuidadas, son capaces de entrar directa o indirectamente en el mundo de las personas cuidadas, responder de forma única y ayudar a la enfermera a conseguir recursos para atender a las personas mientras viven y crecen en el cuidado. La administradora de enfermería también es capaz de penetrar en el mundo del cuidado indirectamente, a través de las historias de los colegas que desempeñan otros papeles. Otras actividades de la administradora de enfermería dentro del entorno interdisciplinario de la organización son el entendimiento facilitador y la claridad del objetivo de enfermería, e informar a otros miembros del equipo de salud interdisciplinario de las contribuciones únicas de las enfermeras.

El trabajo de la administradora de enfermería también debe reflejar la singularidad de la disciplina para que la enfermería se haga visible, representando el respeto a las personas como cuidado y extendiéndose a través de las declaraciones de su misión, metas, objetivos, normas de la práctica, políticas y procedimientos (Boykin y Schoenhofer, 2001a). La siguiente historia la narró Nancy Hilton, MSN, RN, Chief Nursing Officer en un hospital de Florida. Esta administradora de enfermería, que practica desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, refleja la complejidad y el cuidado intencional expresados al vivir cuidados de forma excepcional y valiente:

«Estamos reorientando intencionadamente nuestra cultura desde una organización burocrática tradicional a una organización centrada en las personas y basada en

los valores del cuidado. En 2007, nuestros Nursing Councils en el St. Lucie Medical Center seleccionaron la teoría de la enfermería como cuidado como modelo teórico para guiar nuestra práctica. Como administradora de enfermería, consideré cómo podría basar intencionadamente nuestro entorno hospitalario y la práctica de las enfermeras dentro de sus paredes en una perspectiva de cuidado. Me comprometí de forma deliberada a profundizar en nuestros conocimientos y conciencia asignando tiempo para que todos participáramos en diálogos centrados en conocernos a nosotros mismos como personas de cuidado.

Puedo vivir el cuidado de forma única como enfermera jefe al atender a las enfermeras que prestan atención directa a los pacientes. Al transformar nuestra práctica enfermera, juntos vivimos y crecemos con los cuidados. Lo que hago mejor es utilizar el arte de la narración para trasladar las llamadas de cuidado al lenguaje de la sala de juntas. Mediante el uso de situaciones de enfermería estratégicas, pongo directamente en contacto a los administradores con la persona cuidada. Si bien estos cuidadores indirectos añoran la conexión con el paciente, exige coraje por mi parte convencer a los administradores de por qué es crítico transformar un sistema sanitario entero basándose intencionadamente en una perspectiva de cuidado. He estado dispuesta a conceptualizar y representar gráficamente el curso, además de reunirme con líderes en la creación de un entorno para incorporar los valores reales del cuidado.»

En 2014, Hilton revisó los progresos realizados durante 6 años de inculcación y transformación de la práctica organizativa en una práctica basada en el cuidado. Afirmó con rotundidad el valor de la teoría de la enfermería como cuidado y la capacidad de innovar dentro del modelo de *Dance of Caring Persons*.

Al practicar a través del objetivo de la enfermería como cuidado, la administradora de enfermería ayuda a crear una comunidad que aprecia, apoya y cuida a las personas que viven y crecen en el cuidado. La asignación de tiempo para el diálogo permite que surjan significados compartidos y demuestra el compromiso de la administradora de enfermería para potenciar el crecimiento de la enfermera dentro de la disciplina de la enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001b). La administradora de enfermería interactúa con personas de muchas otras disciplinas, también con la persona cuidada, y expresa honestidad y autenticidad al animar a los otros a vivir de la forma que lo hacen. La naturaleza de la relación con personas cuyos papeles van de la sala de juntas a la cabecera del enfermo se basa en el respeto y el valor de cada persona.

La teoría de la enfermería como cuidado ha ganado aceptación entre las grandes organizaciones de enfermería. En 2012, el Duke University Health System adoptó la enfermería como cuidado como marco organizador para la práctica del departamento del Servicio de Enfermería. Boykin trabajó también con el Professional Practice Council de la Veterans Administration de Carolina del Norte para articular el cuidado en su modelo práctico.

El libro de Boykin et al. (2014) es una respuesta al creciente interés y proporciona un camino a seguir para las organizaciones que desean transformar su cultura en otra fundamentada en un modelo de cuidado basado en valores.

Formación

Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el modelo de diseño organizativo de la formación en enfermería es análogo a *Dance of Caring Persons*. Profesores, estudiantes y administradores bailan juntos en el estudio de enfermería. Cada uno de ellos es reconocido, valorado y celebrado por los dones que ofrece. El rol de cada persona influye en el compromiso con la formación de enfermería en la que se desempeña.

Los supuestos de la enfermería como cuidado fundamentan la práctica de la formación en enfermería y la docencia en enfermería (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b). Como expresiones de la disciplina, la estructura y las prácticas del programa de educación, incluido el currículo, reflejan los valores y supuestos inherentes al estado del centro y a los dominios de la disciplina, es decir, atender a las personas que viven y crecen en el cuidado. A través de la enfermería como cuidado, se deberían reflejar los principios básicos de la teoría que honran y celebran la excepcionalidad de las personas como cuidado. El cuidado, como uno de los componentes significativos del conocimiento enfermero, debe estudiarse e infundirse en todo el plan de estudios (Schoenhofer, 2001). A través del estudio de situaciones de enfermería, se accede al conocimiento de la disciplina y de la profesión y se conceptualizan respuestas de enfermería basadas en el cuidado. Todas las actividades del programa de estudio deberían estar dirigidas al desarrollo, organización y comunicación del conocimiento de enfermería, el atender a las personas que viven el cuidado y crecen en el mismo. Utilizando la teoría de la enfermería como cuidado, Eggenberger et al. (2010) estudiaron el modo en que los estudiantes llegan a conocer a las personas como cuidado y en que expresan dicho cuidado utilizando un simulador humano de alta fidelidad en situaciones emergentes de enfermería. Se trata de un ejemplo de lugares en que los cuidados y la tecnología confluyen en una síntesis de creatividad en la formación de enfermería contemporánea sustentada en el cuidado.

El cuidado se ha planteado como un vínculo entre la espiritualidad y la educación superior y como una ética para la relación (Boykin y Parker, 1997). Por tanto, es el contexto para conocer y la base moral para relacionarse. El autodescubrimiento a través de una búsqueda continua de la verdad prepara a los alumnos «para comprender mejor su realidad, así como la realidad de los demás; para desarrollar un sentido de identificación, conexión y compasión por los demás, y para comprender la verdad de una manera más profunda» (Boykin y Parker, 1997, p. 32). El desafío en la educación superior es crear un ambiente que pueda sostener y nutrir la vivencia del cuidado y la espiritualidad (Boykin y Parker, 1997; Charbonneau-Dahlen, 2018).

La función de la decana de un programa de enfermería basado en los cuidados está «intrínsecamente ligado» (Boykin,

1994a, p. 17) al entendimiento de la enfermería como disciplina y como profesión, y centra las acciones en el desarrollo y el mantenimiento de un entorno de cuidados en el que se puedan descubrir y comunicar los conocimientos de la disciplina. Como administradora, la decana «aporta ideas, garantiza recursos, comunica la naturaleza de la disciplina, modela la vida y el crecimiento en el cuidado, cocrea una cultura en la que el estudio de la enfermería puede alcanzarse libre y plenamente, fundamenta todas las acciones en el compromiso con el cuidado como forma de ser y trata a los demás con el mismo cuidado, preocupación y comprensión que aquellos a los que se confía nuestro cuidado de enfermería» (Boykin, 1994a, pp. 17-18). Este amplio alcance de la responsabilidad se basa en la obligación moral inherente a la función de la decana de garantizar que todas las acciones se originen en el cuidado, y que se cree un entorno que fomente el desarrollo de la capacidad de cuidar (Boykin, 1990; Boykin, 1994b; Boykin y Schoenhofer, 2001a).

Investigación

Boykin y Schoenhofer (2001a) afirman que, dado que la naturaleza de la enfermería ejemplificada en la teoría de la enfermería como cuidado es una relación recíproca, en la que las personas están unidas en la unidad del cuidado, la ciencia en la enfermería debe ser acorde con esta perspectiva. Como ciencia humana, la enfermería atrae métodos de investigación que garanticen el círculo de diálogo en una situación de enfermería, y abarca completamente lo que puede ser conocido en enfermería. La ontología de la enfermería, centrada en la persona como cuidado en comunidad con los demás y con el universo, requiere por tanto una epistemología acorde con los valores y métodos de las ciencias humanas, con «métodos y técnicas que honren la libertad, la creatividad y la interconexión» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 53).

Boykin y Schoenhofer (2001a) han propuesto que el estudio sistemático de la enfermería debe incluir una metodología creativa que reconozca el lugar de estudio en la situación enfermera. Postulan que una metodología totalmente adecuada para captar el conocimiento enfermero dentro de la situación de enfermería podría incluir un «proceso fenomenológico-hermenéutico dentro de una orientación de investigación para la acción» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 55). Dicho método permitiría el estudio del significado de la enfermería al ser cocreado dentro de una experiencia vivida de la situación de enfermería. La idea de la práctica y la teoría del acto comunicativo siguen siendo exploradas como posibles fundamentos de una metodología de investigación emergente (Schoenhofer, 2002b).

Estudios de investigación

Se siguen realizando investigaciones guiadas por la teoría de la enfermería como cuidado en la actualidad. La practicidad de la enfermería como cuidado se ha probado y aplicado en diversos contextos prácticos de cuidados. En estudios de investigación separados realizados en las unidades de dos grandes hospitales regionales, el JFK Medical Center y el

Boca Raton Community Hospital, se reformularon y rearticulaban los valores y los resultados del cuidado para reflejar la integración de la teoría de la enfermería como cuidado. La valentía de las administradoras que colaboraron en la investigación de cuidados reflejó el reconocimiento en aumento de que los cuidados de las personas como personas son el valor a los que dichas personas responden. Los resultados documentados se encontraban dentro de los valores institucionales fijados de cuidados a los que las enfermeras contribuyeron con su práctica. Estos estudios se describen brevemente en los siguientes párrafos.

La Fundación Quantum financió un estudio de 2 años de duración titulado «Demonstration of a Caring-Based Model for Health Care Delivery With the Theory of Nursing as Caring», que se llevó a cabo en el JFK Medical Center de Atlantis, Florida (Boykin et al., 2005). Para este estudio se llevó a cabo en la unidad de telemetría un modelo práctico basado en la teoría de la enfermería como cuidado. Personas de grupos de referencia fueron invitadas a contar su historia ilustrando los cuidados que ellos habían vivido en una situación de enfermería de una unidad piloto. El modelo evolucionó desde valores compartidos de la enfermería como cuidado e incluía aquellos expresados por pacientes, familias de pacientes, enfermeras, otros miembros y personal de la unidad piloto, y miembros del equipo administrativo. Varios temas no fueron cubiertos en un análisis narrativo y en la síntesis, y sirvieron como componentes explícitos para el modelo. Temas fundamentales en el modelo de práctica de enfermería se basaron en la teoría de la enfermería como cuidado y se crearon estrategias y estructuras operacionales para reflejar estos asuntos. El apoyo al núcleo del modelo basado en el cuidado que surge de la invitación directa (Boykin y Schoenhofer, 2001a, 2001b) llevó a un nuevo y renovado interés por «responder a lo que importa» (Boykin et al., 2003, p. 229), que las enfermeras reconocen ahora como parte integral del cuidado en la situación de enfermería.

Este proyecto demostró cómo se produce la transformación de los cuidados cuando la práctica de la enfermería se centra intencionadamente en llegar a conocer a una persona como cuidado y en atender y apoyar a las personas cuidadas mientras viven esos cuidados. Dentro de este modelo de práctica, las personas atendidas fueron capaces de articular la experiencia de ser cuidadas, la satisfacción del paciente y de la enfermera aumentó de forma espectacular, la retención aumentó y el entorno de los cuidados se basó en los valores y el respeto a la persona (Boykin et al., 2003). Un resultado del uso del modelo fue que las enfermeras buscaban oportunidades para trabajar en un lugar satisfactorio cuidando a los otros. Cuando las enfermeras se trasladaron de una unidad de demostración a otras plantas, se llevaron un nuevo enfoque de la enfermería.

Un proyecto similar comenzó en 2003 (Boykin et al., 2004, 2005) en el servicio de urgencias del Boca Raton Community Hospital. La primera fase de un modelo de cuidados basado en la teoría de la enfermería como cuidado se tituló «Emergency Department: Transformation From Object Centered

Care to Person Centered Care Through Caring». Al crear el modelo, el personal se dio cuenta de que era necesario cambiar los conceptos de la práctica de enfermería. En un principio, se incluyó a todo el personal de los servicios de urgencias, incluidos los médicos, las enfermeras y el personal de los servicios de apoyo, emulando la organización de *Dance of Caring Persons*. La evaluación comenzó pronto debido al éxito del modelo en un lugar tan ajetreado como el servicio de urgencias.

Aunque la integración de la teoría de la enfermería como cuidado en el JFK Medical Center y en el Boca Raton Community Hospital se realizó en unidades individuales, el uso de la teoría demostró la flexibilidad y la amplia aplicación y se ha integrado en los sistemas del St. Lucie Medical Center en Port St. Lucie, Florida. Esta integración continua se describió en el apartado «Administración de los servicios de enfermería» de este capítulo, y se explora más a fondo en Boykin et al. (2014).

En 2007, el personal de enfermería y administrativo del St. Lucie Medical Center adoptó la teoría de la enfermería como cuidado en todo el centro médico. El primer paso del proceso empezó realizando un estudio para determinar la mejor forma de adaptar e integrar excepcionalmente la teoría de la enfermería como cuidado. El cuidado modelado en la teoría se extendió a todo el personal del hospital, desde ejecutivos de la organización a enfermeras, médicos, directores, técnicos, terapeutas y personal de mantenimiento. Vivir los cuidados de forma auténtica y fomentar la integridad de los demás con los rigores y la normalidad del trabajo diario se estudió y ejemplificó en todos los departamentos y se infundió en toda la organización (Pross et al., 2010, 2011).

Un estudio realizado en 2009 en el St. Mary's Medical Center, en el condado de Palm Beach, se centró en el desarrollo de una unidad de formación específica basada en la teoría de la enfermería como cuidado (Dyess et al., 2010). Entre los participantes figuraban administradores, personal, estudiantes y profesores de atención sanitaria. Antes de acometer este proyecto, la organización de atención sanitaria no contaba con ninguna teoría de enfermería en concreto para orientar su práctica, y los resultados del proyecto demostraron ser fructíferos. Incluyeron una creciente apreciación del conocimiento del otro a través del cuidado, el desarrollo de profesionales de enfermería dedicados y clínicamente experimentados que apoyaban el avance de la enfermería como cuidado basado en la teoría, un equipo administrativo dispuesto a tutelar al personal y formadores especializados que definieron modelos sobre la práctica real basada en la teoría para los nuevos profesionales de enfermería.

El cuidado desde el corazón (Touhy, 2001, 2004; Touhy y Boykin, 2008; Touhy et al., 2005) es un modelo de práctica basado en la teoría de la enfermería como cuidado en una unidad de un centro de cuidados crónicos. El modelo de práctica se diseñó por colaboración entre el personal del proyecto y todos los interesados. Todas las personas de la unidad participaron en el proceso para crear un abordaje innovador que se

fusionara con el diseño existente en el centro. Los principales temas giran en torno a responder a lo que importa, el cuidado como una forma de expresar el compromiso espiritual, la devoción inspirada por el amor a los demás, el compromiso de crear un entorno como un hogar y llegar a conocer y respetar a las personas en tanto que personas.

En un estudio titulado «The Value Experienced in Relationships Involving Nurse Practitioner-Nursed Dyads», Thomas et al. (2004) trataron de describir la experiencia compartida del cuidado entre las enfermeras y las personas atendidas, así como poner de manifiesto el cuidado experimentado en la relación. El enfoque utilizado se basaba en la praxis, en la cual el diálogo mantenido entre el profesional de enfermería, la persona atendida y el investigador perfiló un retrato de las relaciones de cuidados entre dicho profesional y dicha persona.

Los principales modelos de enfermería para hospitales de cuidados agudos y crónicos reflejan temas fundamentales para la enfermería como cuidado, pero estos temas son exclusivos del entorno y de las personas que intervienen en cada entorno. Las diferencias y similitudes demuestran el poder de la enfermería como cuidado para transformar la práctica de una manera que refleja la unidad sin conformidad y la singularidad dentro de la unidad (Touhy, 2004; Touhy y Boykin, 2008).

EVOLUCIÓN

Teoría

Como teoría general de la enfermería, la enfermería como cuidado sirve como marco conceptual amplio que sustenta el desarrollo de la teoría de nivel medio. Basándose en la enfermería como cuidado como marco teórico subyacente, Locsin (1995) creó un modelo de tecnologías automáticas y cuidados en enfermería. La competencia de la tecnología de la maquinaria y los cuidados se representan como práctica de enfermería basada en los cuidados, sin la cual la enfermería se convierte en la práctica funcional de la capacidad de la máquina. Locsin (1998) desarrolló esta comprensión crítica de la teoría en su publicación *Technologic Competence as Caring in Critical Care Nursing*. En esta teoría de nivel medio, la intención de cuidar y atender al otro en cuidado se actualiza a través del conocimiento directo de la competencia tecnológica y los datos desarrollados tecnológicamente. La teoría se está probando en entornos de cuidados críticos, donde se desarrolla y perfecciona (Kongsuwan y Locsin, 2011; Locsin, 2016; Locsin y Purnell, 2015; Miyamoto et al., 2017; Parcels y Locsin, 2011).

Purnell (2006) creó un modelo para la formación en enfermería basado en el cuidado, caracterizado por tres aspectos principales: la teoría de la enfermería como cuidado, la metáfora de *Dance of Caring Persons* (v. fig. 19.1) como estructura organizativa y la intencionalidad en la enfermería con su aspecto transformador del conocimiento estético. La intención del cuidado que orienta la creación del curso y el entorno se entiende como una energía vital que fluye a través y se interconecta de forma crítica con todos los aspectos del curso. El modelo está dirigido

a enfermeras en entornos tradicionales y en línea, y la intención de cuidado lo impregna por completo. Desde esta perspectiva, la intención de la enfermería como cuidado en todas sus dimensiones es esencial en el modelado de la enseñanza y el aprendizaje. Touhy y Boykin (2008) han propuesto el cuidado como el dominio central de la formación en enfermería.

Investigación

Las iniciativas de investigación y desarrollo se centran en ampliar el lenguaje del cuidado, en descubrir formas personales de vivir el cuidado en la vida cotidiana (Schoenhofer et al., 1998) y en reconceptualizar los resultados de la enfermería como valor experimentado en las situaciones de enfermería (Boykin y Schoenhofer, 1997; Schoenhofer y Boykin, 1998a, 1998b). Los estudiantes de posgrado, las facultades de enfermería y los organismos de atención sanitaria están utilizando aspectos de la teoría para fundamentar la investigación, la enseñanza y la práctica (Dyess et al., 2013). La línea de desarrollo incluye: 1) clarificación del concepto de persona; 2) extensión del objetivo de potenciar a la persona como resultado general de la enfermería; 3) ilustrar la comprensión del concepto de invitación directa; 4) innovaciones en la investigación de enfermería; 5) utilización de la teoría en el trabajo de teorías de nivel medio, y 6) utilización de la teoría en el análisis crítico de los cuidados. Los últimos avances ponen de manifiesto la aceptación internacional. *Nursing as Caring* se ha traducido al japonés, lo que ha llevado al desarrollo de una teoría de nivel medio, la teoría de la relación transactiva de la enfermería de Tanioka (TRETON) (Tanioka, 2017), y a un programa de investigación para desarrollar e implementar robots para la prestación de cuidados sanitarios (Miyagawa et al., 2019; Osaka et al., 2017).

CRÍTICA

Claridad

Boykin y Schoenhofer logran la claridad semántica al desarrollar la teoría de la enfermería como cuidado con un lenguaje cotidiano. Las bases fundamentales que dirigen la teoría están claramente reconocidas e interrelacionadas. Los significados se entienden de forma intuitiva y reflexiva. La aceptación de que todas las personas son cuidado es necesaria para entender la teoría, ya que Boykin y Schoenhofer afirman que el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada es la fuente y la base de la enfermería. Se acepta que la enfermería es tanto una disciplina como una profesión que proporciona el marco conceptual para la creación de metodologías de investigación que, con fluidez, unen tanto la disciplina como la profesión dentro del marco de la investigación durante la práctica, o la práctica como investigación.

Sencillez

La sencillez de la teoría descansa en el lenguaje cotidiano y en la naturaleza recíproca de la enfermería, caracterizada por el arraigo fundamental en la persona como cuidado. Los principios de la teoría abarcan el entendimiento humano y se apoyan totalmente en el claro trabajo de base conceptual basado en

vivir el cuidado. La teoría se vuelve más compleja en el sentido de que los supuestos y los significados conceptuales están densamente interconectados a medida que la enfermera llega a conocerse a sí misma como persona de cuidado en dimensiones incluso mayores (Boykin y Schoenhofer, 2001a). El significado de la enfermería como cuidado se expresa mejor en una situación de enfermería en la que la idea contextualizada del cuidado vivido aumenta el conocimiento de uno mismo y del otro.

Generalidad

Boykin et al. (2003) describen la teoría de la enfermería como cuidado como una teoría general o como una gran teoría de la enfermería que ofrece un amplio marco filosófico con implicaciones prácticas para transformar la práctica. Desde el punto de vista de la enfermería como cuidado, el centro del conocimiento y de la acción de enfermería es atender a las personas que viven los cuidados y crecen en cuidados; esto se ancla en la suposición fundamental de que todas las personas son cuidado por el hecho de ser humanas. La teoría puede emplearse para guiar tanto la práctica individual como la práctica organizativa de instituciones. La teoría de la enfermería como cuidado sustenta el desarrollo de teorías de nivel medio como la teoría de Locsin (1998) de la competencia tecnológica como cuidado, el modelo de cuidados de Dunphy y Winland-Brown (2001) para enfermería de práctica avanzada, el modelo de Purnell (2006) de formación en enfermería basada en los cuidados, el abordaje de Eggenberger y Keller (2008) para la simulación en los cuidados y la teoría de enfermería de Tanioka (2017) sobre transacciones en las relaciones.

Accesibilidad

La teoría de la enfermería como cuidado se presta a metodologías de investigación con enfoques de ciencias humanas. Puesto que la localización del estudio sobre enfermería es la situación de enfermería en sí, el estudio sistemático de las llamadas de enfermería precisa un método que abarque el círculo dialógico del entendimiento de personas conectadas en el cuidado. Boykin y Schoenhofer (2001a) distinguen claramente entre la investigación *sobre* enfermería y la investigación *de* enfermería.

Importancia

Cuando se integra en la práctica de la enfermería, la teoría de la enfermería como cuidado ilumina, demuestra y articula los valores de los cuidados de enfermería, permitiendo a las enfermeras volver a conectar con los valores personales fundamentales vividos en y a través de la enfermería. Estos incluyen el valor directo no mediado de los cuidados de enfermería en términos económicos, el valor de la enfermería como servicio humano y social, el valor de los cuidados de enfermería como práctica rica y satisfactoria para las enfermeras y el valor de la enfermería como disciplina basada en el cuidado. La importancia de la enfermería como cuidado se evidencia en la adopción de la teoría a niveles múltiples, desde la práctica individual hasta el departamento hospitalario o la administración de enfermería, y ahora a toda la institución y todo el sistema. Los valores de enfermería se traducen en valores de bienestar general, y los cuidados penetran en todo el personal.

RESUMEN

La teoría de la enfermería como cuidado es una teoría general o gran teoría de la enfermería que ofrece un amplio marco filosófico con implicaciones prácticas para transformar la práctica (Boykin et al., 2003). Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, el enfoque y el objetivo de la enfermería como disciplina del conocimiento y como servicio profesional es «atender a las personas que viven y crecen en el cuidado» (Boykin y Schoenhofer, 2001a, p. 11). La teoría se basa en los principios fundamentales de que: 1) ser humano es ser cuidado, y 2) las actividades de la disciplina y de la profesión de enfermería coinciden al llegar a conocer a las personas como cuidado, y atenderlas como personas que viven y crecen en el cuidado.

El cuidado en enfermería es «una expresión altruista y activa del amor, y es el reconocimiento intencional y encarnado del valor y la conexión» (Boykin y Schoenhofer, 2020, p. 335). Aunque el cuidado no es solo para la enfermería, se vive expresamente en la enfermería. El entendimiento de la enfermería como disciplina y profesión solo se centra en el cuidado como su valor principal, su interés fundamental y

la intención directa de su práctica. Se están desarrollando modelos de práctica en varias áreas de la práctica institucional, y la enfermería como cuidado se utiliza como base conceptual para el desarrollo teorías de nivel medio. La teoría ha sido utilizada como base teórica para investigaciones de máster y doctorados (Drumm, 2006; Dunn, 2009; Eggenberger, 2011; Herrington, 2002; Linden, 1996, 2000; Sternberg, 2009; Ware, 2016; Wright, 2016).

Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, la situación enfermera es la unidad de conocimiento para el estudio de la persona como proceso vital que se basa en el cuidado (Boykin y Schoenhofer, 1991; Touhy, 2004). Por tanto, el estudio de la historia de la situación de la enfermería es el método para conocer la enfermería. Los resultados de los cuidados son los valores experimentados dentro de la situación de enfermería. Para este estudio de una situación de enfermería, lea lentamente la siguiente historia y permítase estar con la enfermera y con las personas cuidadas, compartiendo los sentimientos de cada uno y pensando en sus reflexiones.

CASO CLÍNICO

Estudio de la situación enfermera

Todavía era estudiante y mi mentora era una experimentada y cariñosa enfermera de oncología. Me inspiraba confianza por su serena sabiduría y su amabilidad. Durante una práctica, nos detuvimos brevemente ante la puerta entreabierta de una paciente. Mi mentora me puso una jeringa en la mano, me explicó el contenido y me indicó que debía poner una inyección intravenosa a la paciente que estaba en la habitación, Diane. Abrió con cuidado la puerta y yo me deslicé dentro del cuarto. Inmediatamente mi vista se vio atraída hacia una persona que yacía inmóvil en la cama, envuelta cuidadosamente en sábanas blancas y mantas y rodeada de una nube de tubos y bombas, que colgaban sobre ella. Se trataba de una mujer joven, de unos 30 años, rubia, y cuyo pelo se desperdigaba en todas las direcciones. En las pálidas mejillas tenía un brillante círculo rosado del tamaño de un dólar de plata; tenía los ojos cerrados y, tumbada, recordaba a una muñeca pintada.

Se oía el silbido del oxígeno mientras localizaba la vía y le administré cuidadosamente la medicación. Mis ojos se llenaron de lágrimas; en la quietud del cuarto, fui consciente de que la paciente no iba a vivir mucho y sentí una enorme compasión por esta joven, cuya vida se estaba apagando.

Acerqué la mano a su cara y le acaricié suavemente la mejilla con el dorso, como hago a menudo con mis propios hijos mientras duermen. De repente, y desde la esquina de la habitación, una voz masculina me preguntó con agresividad: «¿Qué hace?».

Cuando me di la vuelta, vi a un hombre sentado con los brazos cruzados, meciéndose hacia delante y atrás con as-

pecto de tristeza. Era el padre de Diane. Le respondí suavemente que estaba acariciando a su querida hija. Sus hombros empezaron a agitarse y rápidamente empezó a sollozar con profundos suspiros. Me arrodillé a sus pies y esperé, cogiéndole con firmeza y sabiendo que su necesidad era grande. «Mi mujer está encamada; ni siquiera puede caminar y venir a despedirse de nuestra hija. Diane es lo único que tenemos». Después, y entre sollozos, me contó la historia de su pequeña familia y de cómo habían vivido y se habían querido en los malos y buenos momentos. Cuando se calmó, me levanté y lo acompañé hasta la cama, donde permanecimos juntos mirando a Diane. «¿Cuándo fue la última vez que abrazó a su hija?», le pregunté. Me miró sin palabras, pero sus ojos angustiados me lo decían todo. «Quizá ha llegado el momento de contarle la historia de su vida y lo mucho que usted y su esposa la han querido. Túmbese a su lado. Le oír». Con suavidad fui retirando las vías y le ayudé a subirse a la cama. Se giró hacia Diane y la abrazó con sus frágiles brazos, mirándola fijamente a la cara y tratando de evocar recuerdos eternos. Parecía que el tiempo se hubiera detenido en esa cama sagrada.

Me di la vuelta y los dejé, mientras el oxígeno seguía siseando, y di parte a mi mentora. Ella asintió sin palabras y me abrazó. Recuerdo que pensé que el círculo de cuidado que se había creado en aquella habitación había comenzado gracias a la adorable enfermera que era mi mentora. Al día siguiente, la habitación estaba vacía y carente de vida. Diane había fallecido a primera hora de la noche.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Busque un espacio cómodo en el que hacer una pausa, recordar y reflexionar. Cierre los ojos y ahonde en los significados y el cuidado que se produjeron en la situación de enfermería; luego métase totalmente en el momento y en los significados que aparecen al considerar estas preguntas:

1. ¿Cómo llegó la estudiante de enfermería a conocer a Diane como persona de cuidado? ¿Y a su padre como persona de cuidado?
2. ¿Cómo expresa la estudiante de enfermería el cuidado en sus respuestas a las llamadas de cuidados por parte de Diane? ¿Y de su padre? Describa las necesidades de cuidado que ha percibido la estudiante.
3. ¿Cómo expresa el padre su cuidado en esta situación enfermera?
4. Póngase en el lugar de la enfermera y describa la reciprocidad de vivir y crecer en el cuidado. ¿Qué diferencia ha marcado la enfermería como cuidado en esta situación enfermera?
5. Describa el apoyo prestado por la mentora. ¿Qué llamadas de cuidados percibió por parte de la estudiante de enfermería?
6. Escriba en un diario su propia historia de cuidados entre usted y una o varias personas atendidas y reflexione sobre su intención en esa situación de cuidado. Cree una representación estética del *cuidado compartido* de su historia. Revise esta historia de vez en cuando para ver cómo ha cambiado su percepción interna del cuidado.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Archivos sobre cuidados en enfermería del Christine E. Lynn Center for Caring de la Escuela de Enfermería de la Florida Atlantic University, en <http://nursing.fau.edu/outreach/archives-of-caring/>
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as Caring: A model for transforming practice* [reedición del volumen original de 1993, con la adición de un epílogo]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett. <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-pdf.pdf>
- Página web sobre enfermería como cuidado en <https://www.nursingascaring.com/>
- Schoenhofer, S. (2016). *Nursing theorists: Portraits of excellence, vol. III: Interview*. Athens, Ohio: Fitne, Inc.
- Touhy, T., & Boykin, A. (2008). Caring as the central domain in nursing education. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 8–15.

BIBLIOGRAFÍA

- Algase, D. L., & Whall, A. F. (1993). Rosemary Ellis' views on the substantive structure of nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(1), 69–72.
- Boykin, A. (1990). Creating a caring environment: Moral obligations in the role of dean. In M. Leininger & J. Watson (Eds.), *The caring imperative in education* (pp. 247–254). New York: National League for Nursing.
- Boykin, A. (1994a). Creating a caring environment for nursing education. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring-based program* (pp. 11–25). New York: National League for Nursing.
- Boykin, A. (1994b). *Living a caring-based program*. New York: National League for Nursing.
- Boykin, A. (1995). *Power, politics and public policy: A matter of caring*. New York: National League for Nursing.
- Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming care in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine*, 26(4), 331–336.
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living caring in practice: The transformative power of the theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Parker, M. E. (1997). Illuminating spirituality in the classroom. In M. S. Roach (Ed.), *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality* (pp. 21–33). Mahwah, NJ: Paulist Press.
- Boykin, A., Parker, M., & Schoenhofer, S. (1994). Aesthetic knowing grounded in an explicit conception of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 7(4), 158–161.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1990). Caring in nursing: Analysis of extant theory. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 149–155.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1991). Story as link between nursing practice, ontology, and epistemology. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 245–248.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as Caring: A model for transforming practice*. New York: National League for Nursing.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (1997). Reframing nursing outcomes. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1(3), 60–65.

- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2020). Nursing as Caring: An overview of a general theory of nursing. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed, pp. 333–347). Philadelphia: F. A. Davis.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001a). *Nursing as Caring: A model for transforming practice* [Re-release of original 1993 volume with epilogue added]. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001b). The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 1–7.
- Boykin, A., Schoenhofer, S. O., Smith, N., St. Jean, J., & Aleman, D (2003). Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nursing Administration Quarterly*, 27, 223–230.
- Boykin, A., Schoenhofer, S., & Valentine, K. (2014). *Health care system transformation for nursing and health care leaders: Implementing a culture of caring*. NY: Springer Publishing.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 113–124.
- Charbonneau-Dahlen, B. K. (2018). A traditional American Indian death ritual: Developing nursing knowledge through aesthetic exposure. *Nurse Education in Practice*, 28, 92–95.
- Drumm, J. T. (2006). *The student's experience of learning caring in a college of nursing grounded in a caring philosophy* [Doctoral dissertation, Florida Atlantic University]. ProQuest Dissertations and Theses Global (Publication No. 3220671).
- Dunn, D. J. (2009). *What keeps nurses in nursing: A Heideggerian hermeneutic phenomenological study* [Doctoral dissertation, Florida Atlantic University]. ProQuest Dissertations and Theses Global (Publication No. 3388794).
- Dunphy, L. H., & Winland-Brown, J (2001). *Primary care: The art and science of advanced practice nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Dyess, S. M., Boykin, A., & Bulfin, M. J. (2013). Hearing the voice of nurses in caring theory-based practice. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 167–173.
- Dyess, S., Boykin, A., & Rigg, C. (2010). Integrating caring theory with nursing practice and education: Connecting with what matters. *Journal of Nursing Administration*, 40(11), 498–503.
- Eggenberger, T., & Keller, K. (2008). Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 42–49.
- Eggenberger, T., Keller, K., & Locsin, R. C. (2010). Valuing caring behaviors within simulated emergent nursing situations. *International Journal for Human Caring*, 14(2), 23–29.
- Eggenberger, T. L. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting* [Doctoral dissertation, Florida Atlantic University]. ProQuest Dissertations and Theses Global (Publication No. 3462565).
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Gaut, D. A., & Boykin, A. (1994). *Caring as healing: Renewal through hope*. New York: National League for Nursing.
- Herrington, C. L. (2002). *The meaning of caring: From the perspective of homeless women* [Master's thesis, University of Nevada, Reno, 2002]. *Masters Abstracts International*, 41(01), 191.
- King, A., & Brownell, J. (1976). *The curriculum and the disciplines of knowledge*. Huntington, NY: Robert E. Krieger.
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2011). Thai nurses' experiences of caring for persons with life sustaining technologies: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(2), 102–110.
- Linden, D. (1996). *Philosophical exploration in search of the ontology of authentic presence* [Master's thesis, Florida Atlantic University, West Palm Beach, FL]. *Masters Abstracts International*, 35(2), 519.
- Linden, D. (2000). The lived experience of Nursing as Caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 403–407). Philadelphia: F. A. Davis.
- Locsin, R. C. (1995). Machine technologies and caring in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203.
- Locsin, R. C. (1998). Technologic competence as caring in critical care nursing. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 50–56.
- Locsin, R. C. (2016). Technological competency as caring in nursing: Co-creating moments in nursing occurring within the Universal Technological Domain. *Journal of Theory Construction and Testing*, 20(1), 5–11.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. J. (2015). Advancing the theory of technological competency as caring in nursing: The universal technological domain. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 50–54.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: HarperCollins.
- Miyagawa, M., Yasuhara, Y., Tanioka, T., Locsin, R., Kongsuwan, W., Katangui, E., et al. (2019). The optimization of humanoid robot's dialog in improving communication between humanoid robot and older adults. *Intelligent Control and Automation*, 10(3), 118–127.
- Miyamoto, M., Miyagawa, M., Tanioka, T., Yasuhara, Y., Locsin, R., et al. (2017). Comparative examination between the Perceived Inventory of Technological Competency as Caring in Nursing (PITCCN) and the Technological Competency as Caring in Nursing Instrument (TCCNI). *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 4, 267.
- Orem, D. E. (Ed.). (1979). *Concept formalization in nursing. Process and product* (2nd ed.). Boston: Little, Brown.
- Osaka, K., Sugimoto, H., Tanioka, T., Yasuhara, Y., Locsin, R., Zhao, Y., et al. (2017). Characteristics of a transactive phenomenon in relationships among older adults with dementia, nurses as intermediaries, and communication robot. *Intelligent Control and Automation*, 8(2), 111–125.
- Parcells, D., & Locsin, R. C. (2011). Development and psychometric testing of the Technological Competency as Caring in Nursing instrument. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 8–13.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing.
- Phenix, P. (1964). *Realms of meaning*. New York: McGraw Hill.

- Pross, E., Boykin, A., Hilton, N., & Gabuat, J. (2010). A study of knowing nurses as caring. *Holistic Nursing Practice*, 24(3), 142–147.
- Pross, E., Hilton, N., Boykin, A., & Thomas, C. (2011). The “dance of caring persons. *Nursing Management*, 42(10), 25–30.
- Purnell, M. J. (2006). Development of a model of nursing education grounded in caring and application to online nursing education. *International Journal for Human Caring*, 10(3), 8–16.
- Roach, M. S. (1987). *Caring, the human mode of being*. Ottawa, Ontario, Canada: CHA.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being* (2nd revised ed.). Ottawa, Ontario, Canada: CHA.
- Schoenhofer, S. O. (2001). Infusing the nursing curriculum with literature on caring: An idea whose time has come. *International Journal for Human Caring*, 5(2), 7–14.
- Schoenhofer, S. O. (2002a). Choosing personhood: Intentionality and the theory of Nursing as Caring. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 36–40.
- Schoenhofer, S. O. (2002b). Philosophical underpinnings of an emergent methodology for Nursing as Caring inquiry. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 275–280.
- Schoenhofer, S. O., Bingham, V., & Hutchins, G. (1998). Giving of oneself on another's behalf: The phenomenology of everyday caring. *International Journal for Human Caring*, 2(2), 23–29.
- Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1993). Nursing as Caring: An emerging general theory of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 83–92). New York: National League for Nursing.
- Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1998a). Discovering the value of nursing in high-technology environments: Outcomes revisited. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 31–39.
- Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1998b). The value of caring experienced in nursing. *International Journal for Human Caring*, 2(4), 9–15.
- Schoenhofer, S. O., Van Wynsberghe, A., & Boykin, A. (2019). Engaging robots as nursing partners in caring: Nursing as Caring meets care-centered value-sensitive design. *International Journal for Human Caring*, 23, 157–167.
- Sternberg, R. M. (2009). *Latinas experiencing transnational motherhood* [Doctoral dissertation, Florida Atlantic University]. ProQuest Dissertations and Theses Global (Publication No. 3401817).
- Tanioka, T. (2017). The development of the transactive relationship theory of nursing (TRETON): A nursing engagement model for persons and humanoid nursing robots. *International Journal of Nursing Clinical Practice*, 4, 223. <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/223>.
- Thomas, J., Finch, L. P., Green, A., & Schoenhofer, S. O. (2004). The caring relationships created by nurse practitioners and the ones nursed: Implications for practice. *Topics in Advanced Nursing Practice, ejournal* (4), 4. <https://www.medscape.com/viewarticle/496420>.
- Touhy, T. (2001). Nurturing hope and spirituality in the nursing home. *Holistic Nursing Practice*, 15(4), 45–56.
- Touhy, T. A. (2004). Dementia, personhood, and nursing: Learning from a nursing situation. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 43–49.
- Touhy, T., Strews, W., & Brown, C. (2005). Expressions of caring as lived in nursing home staff, residents, and families. *International Journal of Human Caring*, 9(3), 31–37.
- Ware, S. M. (2016). *A qualitative descriptive case study of caring among students during simulation* [Doctoral dissertation, University of Phoenix]. ProQuest Dissertations and Theses Global (Publication No. 10155719).
- Wright, M. E. (2016). *Sources of infant care informational social support for mothers of infants in the Appalachian region* [Doctoral dissertation, Florida Atlantic University]. ProQuest Dissertations and Theses Global (Publication No. 10095895).

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Beckerman, A., Boykin, A., Folden, S., Winland-Brown, J., & Boykin, A. (1994). The experience of being a student in a caring-based program. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring-based program* (pp. 79–92). New York: National League for Nursing.
- Boykin, A. (1998). Nursing as Caring through the reflective lens. In C. Johns, & D. Freshwater (Eds.), *Transforming nursing through reflective practice* (pp. 43–50). Oxford, England: Blackwell Science.
- Parker, M. E., & Schoenhofer, S. O. (2007). Foundations for nursing education: Nursing as a discipline. In B. A. Moyer, & R. Whittman-Price (Eds.), *Nursing education: Foundations for practice and excellence* (pp. 4–11). Philadelphia: F. A. Davis.
- Schoenhofer, S. O. (2001). A framework for caring in a technologically dependent nursing practice environment. In R. C. Locsin (Ed.), *Advancing technology, caring, and nursing* (pp. 3–11). Westport, CT: Auburn House.
- Schoenhofer, S. O. (2001). Outcomes of nurse caring in high technology practice environments. In R. C. Locsin (Ed.), *Advancing technology, caring, and nursing* (pp. 79–87). Westport, CT: Auburn House.
- Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (1993). Nursing as Caring: An emerging general theory of nursing. In M. E. Parker (Ed.), *Patterns of nursing theories in practice* (pp. 83–92). New York: National League for Nursing.
- Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (2001). Caring and the advanced practice nurse. In L. Dunphy, & J. Winland-Brown (Eds.), *Primary care: The art and science of advanced practice nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Schoenhofer, S. O., & Coffman, S. (1993). Valuing, prizing and growing in a caring based program. In A. Boykin (Ed.), *Living a caring based program* (pp. 127–165). New York: National League for Nursing.
- Touhy, T. A., Strews, W., & Brown, C. (2005). Expressions of caring as lived by nursing home staff, residents, and families. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 31–37.

Artículos de revistas

- Abalos, E. E., Ribera, R. Y., Locsin, R. C., & Schoenhofer, S. O. (2016). Husserlian phenomenology and Colaizzi's method of data analysis: Exemplar in qualitative nursing inquiry using

- Nursing as Caring theory. *International Journal for Human Caring*, 20(1), 19–23.
- Boykin, A., & Dunphy, L. (2002). Reflective essay: Justice-making: Nursing's call. *Florence Nightingale. Policy, Politics, and Nursing Practice*, 3(1), 14–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2000). Is there really time to care? *Nursing Forum*, 35(4), 36–38.
- Boykin, A., & Winland-Brown, J. (1995). The dark side of caring: Challenges of caregiving. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(5), 13–18.
- Eggenberger, T., & Keller, K. (2008). Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 42–49.
- Finch, L. P., Thomas, J. D., & Schoenhofer, S. O. (2006). Research as praxis: A mode of inquiry into caring in nursing. *International Journal for Human Caring*, 10(1), 28–31.
- Schoenhofer, S. O. (1989). Love, beauty, and truth: Fundamental nursing values. *Journal of Nursing Education*, 28(8), 382–384.
- Schoenhofer, S. O. (1994). Transforming visions for nursing in the timeworld of Einstein's dreams. *Advances in Nursing Science*, 16(4), 1–8.
- Schoenhofer, S. O. (1995). Rethinking primary care: Connections to nursing. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 12–21.
- Schoenhofer, S. O., Dollar, C. B., & Roberson, S. (2007). Advanced practice nursing in disasters: Toward a model grounded in the theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 11(3), 63.
- Shearer, J. E. (2015). Critique of Nursing as Caring theory: Aesthetic knowing and caring in online nursing. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 45–49.
- Wolf, Z. R., King, B. M., & France, N. E. M. (2015). Antecedent context and structure of communication during a caring moment: Scoping review and analysis. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 7–21.
- Fuentes secundarias**
- Libros**
- Locsin, R. C. (Ed.). (2001). *Advancing technology, caring, and nursing*. Westport, CT: Greenwood.
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*. Indianapolis: Center Nursing Press, Sigma Theta Tau International.
- Capítulos de libros**
- Locsin, R. C. (1995). Technology and caring in nursing. In A. Boykin (Ed.), *Power, politics, and public policy: A matter of caring* (pp. 24–36). New York: National League for Nursing.
- Locsin, R., & Campling, A. (2005). Techno sapiens and post humans: Nursing, caring, and technology. In R. Locsin (Ed.), *Technological competency as caring in nursing: A model for practice* (pp. 142–155). Indianapolis: Center Nursing Press, Sigma Theta Tau International.
- Artículos de revistas**
- Barry, C. D. (2001). Creating a quilt: An aesthetic expression of caring for nursing students. *International Journal for Human Caring*, 6(1), 25–29.
- Barry, C. D., & Purnell, M. J. (2008). Uncovering meaning through the aesthetic turn: A pedagogy of caring. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 19–23.
- Blum, C. A., Hickman, C., Parcells, D. A., & Locsin, R. C. (2010). Teaching caring to RN-BSN students using simulation technology. *International Association for Human Caring*, 14(2), 41–50.
- Bulfin, S., & Mitchell, G. J. (2005). Nursing as Caring theory: Living theory in practice. *Nursing Science Quarterly*, 18(4), 313–319.
- Carter, M. A. (1994). Book review: Nursing as Caring: A model for transforming practice. *Nursing Science Quarterly*, 7, 183–184.
- Eggenberger, T., & Keller, K. (2008). Grounding nursing simulation in caring: An innovative approach. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 42–49.
- Kiser-Larson, N. (2000). The concepts of caring and story viewed from three nursing paradigms. *International Journal for Human Caring*, 4(2), 26–32.
- Locsin, R. C. (2002). Aesthetic expressions of the lived world of people waiting to know: Ebola at Mbarara, Uganda. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 123–130.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. J. (2007). Rapture and suffering with technology in nursing. *International Journal for Human Caring*, 11(1), 38–43.
- Purnell, M. J., & Mead, L. J. (2007). When nurses mourn: Layered suffering. *International Journal for Human Caring*, 11(2), 47–52.
- Touhy, T. A. (2001). Touching the spirit of elders in nursing homes: Ordinary yet extraordinary care. *International Journal for Human Caring*, 6(1), 12–17.
- Touhy, T. A., Strews, W., & Brown, C. (2005). Expressions of caring as lived by nursing home staff, residents, and families. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 31–37.

Afaf Ibrahim Meleis: teoría de las transiciones

Eun-Ok Im



Afaf Ibrahim Meleis
(1942-actualidad)

«Creo firmemente que, si bien el conocimiento es universal, los agentes de desarrollo del conocimiento deben reflejar la naturaleza de las preguntas que se plantean y que impulsan las diferentes disciplinas sobre la salud y el bienestar de los individuos o las poblaciones.»

(Meleis, 2007, ix)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Afaf Ibrahim Meleis nació en Alejandría, Egipto. En comunicaciones personales con Meleis (29 de diciembre de 2007), ha manifestado creer que la enfermería ha sido parte de su vida desde que nació. Su madre es considerada como la Florence Nightingale de Oriente Medio; fue la primera persona de Egipto en obtener un grado en Enfermería por la Syracuse University y la primera enfermera en obtener un máster en Salud Pública y un doctorado de una universidad egipcia. Meleis admiraba la dedicación y compromiso de su madre a la profesión y pensaba que llevaba la enfermería en la sangre. Influida por su madre, Meleis acabó interesándose por la enfermería, y le encantaba el potencial de desarrollar la disciplina. No obstante, cuando eligió la enfermería, sus padres se opusieron a su elección porque sabían cuánto luchan las enfermeras por tener voz y el grado en que se involucran en la calidad asistencial. Sin embargo, al final aprobaron su decisión y creyeron que Afaf podría hacerlo.

Meleis se licenció en enfermería en la Universidad de Alejandría (Egipto). Fue a EE. UU. para seguir su formación como Rockefeller Fellow para convertirse en enfermera docente (Meleis, comunicación personal, 29 de diciembre de 2007). En la University of California, Los Ángeles, completó un máster en Enfermería (1964), un máster en Sociología (1966) y un doctorado en Psicología Médica y Social (1968).

Tras obtener su título de doctorado, Meleis trabajó como administradora y profesora ayudante interina en la University of California, Los Ángeles, de 1966 a 1968, y como profesora adjunta de 1968 a 1971. En 1971 se trasladó a la University of California, San Francisco (UCSF), donde pasó los 34 años siguientes y en la que desarrolló su teoría de las transiciones.

En 2002, Meleis fue candidata y elegida como Margret Bond Simon Dean de la Escuela de Enfermería de la University of Pennsylvania. Tras ocupar durante 12 años el cargo de decana de la University of Pennsylvania, lo abandonó en 2014 y se jubiló de dicha universidad en junio de 2016. Mantiene su título profesional y sigue activa en el liderazgo y la actividad académica nacional e internacional. Incluso ha publicado un artículo sobre la transición de abandonar el decanato (la transición hacia convertirse en exdecano) (Meleis, 2016) y la transición hacia la jubilación como transición del ciclo vital (Meleis, 2015).

Meleis, destacada enfermera socióloga, está muy solicitada como teórica, investigadora y conferenciante sobre los temas de la salud y el desarrollo de la mujer, la atención sanitaria a los inmigrantes, la atención sanitaria internacional y el desarrollo de conocimientos y teorías. Fue miembro del Consejo General del International Council on Women's Health Issues. Meleis recibió una gran cantidad de distinciones y premios, así como doctorados honoríficos y cátedras distinguidas y honoríficas en todo el mundo. Recibió la Medalla de Excelencia por sus logros profesionales y eruditos del presidente egipcio Hosni Mubarak en 1990. En 2000 recibió la medalla Chancellor de la University of Massachusetts (Amherst). En 2001 recibió el Premio Chancellor for the Advancement of Women de la UCSF por su papel como activista mundial por las mujeres. En 2004 recibió el Premio Pennsylvania Commission for Women en la celebración del mes de la historia de la mujer y el Premio Special Recognition in Human Services del Arab American Family Support Center en Nueva York. En 2006 recibió el Premio Robert E. Davies de la Penn Professional Women's Network por su defensa de las mujeres. En 2007 recibió cuatro prestigiosos galardones: un doctorado *honoris*

causa en Medicina por la Linköping University (Suecia); el Premio Global Citizenship de la United Nations Association of Greater Philadelphia; el Premio Sage de la University of Minnesota, y el Premio Dr. Gloria Twine Chisum for Distinguished Faculty de la University of Pennsylvania por su liderazgo en la comunidad y su compromiso con la promoción de la diversidad. En 2008 recibió el Premio International Distinguished Leadership de la Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) por su destacado trabajo en la comunidad global de la atención sanitaria. En 2009 Meleis fue distinguida con el Premio Take the Lead de las Girl Scouts of Southeastern Pennsylvania. En 2010 fue incluida en el School of Nursing Hall of Fame de la University of California, Los Ángeles, por su trabajo para el progreso y la transformación de la ciencia de la enfermería. En 2015 fue galardonada con el premio Leyenda Viva de la American Academy of Nursing y, posteriormente, con el Premio Nell J. Watts Lifetime Achievement in Nursing de la organización Sigma Theta Tau International. Además, fue nombrada miembro honorario de la Academy of Nursing Education de la National League for Nursing. En 2018 recibió el Premio Princess Srinagarindra en Tailandia, y fue incluida en el Marin Women's Hall of Fame.

La investigación de Meleis se centra en la salud global, la salud de los inmigrantes y la salud internacional, la salud de las mujeres y el desarrollo teórico de la disciplina de la enfermería. Ha escrito más de 200 artículos en revistas de ciencias sociales, enfermeras y médicas; 45 capítulos y numerosas monografías, procedimientos y libros. Su galardonado libro *Theoretical Nursing: Development and Progress* (Meleis, 1985, 1991, 1997, 2007, 2011, 2018) y su obra *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Research and Practice* (Meleis, 2010) se utilizan ampliamente en todo el mundo. Además, su libro titulado *Women's Health and the World's Cities* (Meleis et al., 2011) respalda sus amplios esfuerzos en materia de salud de las mujeres urbanas.

El desarrollo de la teoría de las transiciones comenzó a mediados de la década de 1960, cuando Meleis trabajaba en su tesis doctoral, y puede seguirse a través de años de investigación con estudiantes y compañeros. En *Theoretical Nursing: Development and progress* (Meleis, 2007) describe su viaje teórico desde sus intereses sobre la práctica y la investigación. En la investigación del máster y de su tesis doctoral, Meleis investigó fenómenos de planificación de embarazos y el dominio de los roles de la crianza. Se centró en la comunicación e interacción de los cónyuges en la planificación eficaz o no del número de hijos en las familias (Meleis, 1975) y posteriormente razonó que sus ideas eran incompletas porque no tenía en cuenta las transiciones. Posteriormente, su investigación se centró en las personas que no realizan transiciones saludables y en el descubrimiento de intervenciones para facilitarlas. El interaccionismo simbólico tuvo un papel importante en los intentos por conceptualizar el mundo simbólico que modela interacciones y respuestas. Este cambio de pensamiento teórico

la llevó a las teorías mencionadas en sus publicaciones de los años setenta y ochenta.

Los primeros trabajos de Meleis sobre las transiciones definieron las transiciones no saludables o ineficaces en relación con la insuficiencia del rol. Definió *insuficiencia del rol* como cualquier dificultad en el conocimiento y/o desempeño de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta de rol percibida por uno mismo o por el cónyuge (Meleis, 2007). Esta conceptualización la llevó a definir el objetivo de las transiciones saludables como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos. Meleis creía que el desarrollo de conocimientos en enfermería debía orientarse a la terapéutica de enfermería y no a entender los fenómenos relacionados con respuestas a situaciones de salud y enfermedad. En consecuencia, inició el desarrollo de la suplementación del rol como terapéutica de enfermería, tal y como se vio en sus primeras investigaciones (Jones et al., 1978; Meleis, 1975; Meleis y Swendsen, 1978).

La esencia de los trabajos de Meleis publicados en la década de 1970 definía la suplementación de roles como cualquier proceso deliberado a través del cual la insuficiencia del rol o la posible insuficiencia del rol puede ser identificada por el rol propio y por el del cónyuge. Por tanto, la suplementación del rol incluye clarificar y adoptar roles, que pueden ser preventivos y terapéuticos.

Con estos cambios en el pensamiento teórico de Meleis, la suplementación del rol como terapéutica de enfermería entró en sus proyectos de investigación. Sus principales temas de investigación fueron definir los componentes, procesos y estrategias relacionadas con la suplementación del rol, que creía marcaría la diferencia para ayudar a los pacientes a realizar una transición saludable. Esto llevó a Meleis a definir la *salud* como dominio, y puso a prueba esa definición a través de variables de resultado indirectas, como menos síntomas, bienestar percibido y capacidad para asumir nuevos roles.

La teoría de Meleis sobre la suplementación del rol se utilizó no solo en sus estudios sobre el nuevo rol de crianza (Meleis y Swendsen, 1978), sino también en otros estudios realizados con pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (Dracup et al., 1985a), ancianos (Kaas y Rousseau, 1983), cuidadores parentales (Brackley, 1992), cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer (Kelley y Lakin, 1988) y mujeres que no lograron ser madres y que mantenían una insuficiencia del rol (Gaffney, 1992). En estos estudios que usaban la teoría de la suplementación del rol, Meleis empezó a cuestionar la naturaleza y la experiencia humana de las transiciones. Durante este periodo, el centro de interés de sus investigaciones se desplazó hacia las poblaciones de inmigrantes y su salud. Este cambio llevó a Meleis a revisar y cuestionar las *transiciones* como concepto. La visita de Norma Chick a la UCSF de la Massey University de Nueva Zelanda aceleró el desarrollo del concepto de *transiciones* (Chicky Meleis, 1986) y el primer artículo de Meleis sobre transiciones como concepto de enfermería.

Para seguir desarrollando este trabajo teórico, Meleis inició una amplia búsqueda bibliográfica con Karen Schumacher, estudiante de doctorado de la UCSE, para descubrir en qué medida se utilizaba la *transición* como concepto o marco en la literatura de enfermería. Revisaron 310 artículos sobre transiciones y desarrollaron el marco de transición (Schumacher y Meleis, 1994), que posteriormente se desarrolló como una teoría de nivel medio. La publicación del marco de transición fue bien recibida por enfermeras expertas e investigadoras y empezó a utilizarse como marco conceptual en estudios que examinaban lo siguiente:

- Descripción de las transiciones en inmigrantes (Meleis et al., 1998).
- Experiencia de las mujeres con la artritis reumatoide (Shaul, 1997).
- Recuperación después de una cirugía cardíaca Shih et al., 1998).
- Rol de cuidador familiar de los pacientes en quimioterapia (Schumacher, 1995).
- Pérdida incipiente de la memoria de pacientes en Suecia (Robinson et al., 1997).
- Transiciones del envejecimiento (Schumacher et al., 1999).
- Transición a la maternidad de mujeres afroamericanas (Sawyer, 1997).

Un conjunto de investigadores que habían utilizado la transición como marco conceptual desarrollaron una teoría de nivel medio para la transición. Analizaron sus resultados relacionados con experiencias y respuestas de la transición, e identificaron similitudes y diferencias en el uso de la transición; los resultados se compararon, contrastaron e integraron en reuniones del grupo por extensa lectura, revisión y diálogo. La obra colectiva se publicó en 2000 (Meleis et al., 2000) y se ha utilizado ampliamente en los estudios de enfermería. En la figura 20.1 se muestra un diagrama de la teoría de nivel medio de las transiciones.

Basándose en los primeros trabajos de la teoría de las transiciones, se desarrollaron teorías específicas para cada situación que Meleis (1997) había reclamado, que incluían cuestiones específicas sobre el nivel de abstracción, el grado de especificidad, el alcance del contexto y la conexión con la investigación y la práctica de la enfermería (Im y Meleis, 1999a, 1999b; Schumacher et al., 1999). Por ejemplo, Im y Meleis (1999b) desarrollaron una teoría específica sobre la situación de la transición menopáusica en mujeres coreanas de bajos ingresos basada en los resultados de la investigación realizada utilizando el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994). Schumacher et al. (1999) desarrollaron una teoría específica de la situación de la transición a la vejez.

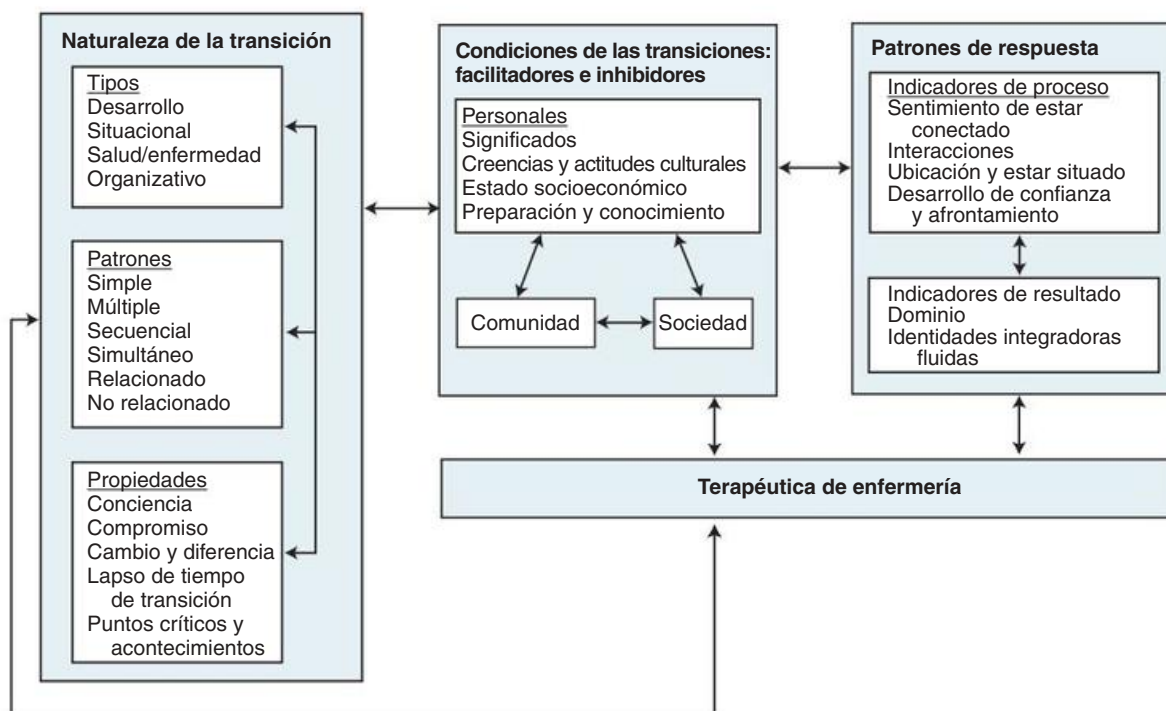


Fig. 20.1 Teoría de nivel medio de las transiciones. (Tomado de Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias D. K., & Schumacher, K. [2000]. *Experiencing transitions: An emerging middle range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23[1], 12–28.)

Im (2006) también desarrolló una teoría específica de la situación de las experiencias de dolor en pacientes caucásicos con cáncer. Estas teorías específicas de la situación se derivaban de la teoría de las transiciones de nivel medio. En 2010, Meleis recopiló todos los trabajos teóricos de la literatura relacionados con la teoría de las transiciones y los publicó en un libro titulado *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (mencionado anteriormente). En 2011, Im analizó la literatura relacionada con la teoría de las transiciones y propuso una trayectoria de desarrollo teórico en enfermería basada en los trabajos teóricos relacionados con la teoría de las transiciones en enfermería. En 2015b, Meleis escribió un capítulo en un libro sobre la teoría de las transiciones, que refleja sus pensamientos más recientes sobre la teoría.

FUENTES TEÓRICAS

Las fuentes teóricas de la teoría de las transiciones son múltiples. En primer lugar, los conocimientos de Meleis en enfermería, sociología, interaccionismo simbólico y teoría de roles, así como su formación académica condujeron al desarrollo de

la teoría de las transiciones tal como se ha descrito anteriormente en este capítulo. De hecho, los hallazgos y la experiencia de los proyectos de investigación, los programas de formación y la práctica clínica en entornos hospitalarios y extrahospitalarios han sido fuentes frecuentes para el desarrollo teórico de la enfermería (Im, 2005). Una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura fue otra fuente para el desarrollo de la teoría de las transiciones, tal y como sugieren Walker y Avant (1995, 2005), que recopilaba los conocimientos existentes sobre el fenómeno enfermero. Los esfuerzos de colaboración entre investigadores que utilizaron el marco teórico de las transiciones y la teoría de las transiciones de nivel medio en sus estudios sirvieron de fuente para el desarrollo de la teoría de las transiciones. Finalmente, el proceso de orientación de Meleis podría ser otra fuente de desarrollo de la teoría de las transiciones. La tutela ejercida por Meleis sobre Schumacher condujo a una revisión integrada de la literatura a través de la cual se propuso la primera teoría de las transiciones (Schumacher y Meleis, 1994). Asimismo, la versión más reciente de la teoría de las transiciones realizada por Meleis et al. en 2000 podría considerarse también un producto de la tutoría de los estudiantes en el trabajo teórico continuo.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Aquí se presentan los principales conceptos y definiciones de la teoría de las transiciones más actual, es decir, la teoría de nivel medio de la transición propuesta por Meleis et al. (2000). Algunos conceptos se definen con mayor detalle a partir del marco de transición de Schumacher y Meleis (1994).

Los principales conceptos de la teoría de nivel medio de la transición incluyen: 1) tipos y patrones de transición; 2) propiedades de las experiencias de transición; 3) condiciones de transición (facilitadores e inhibidores); 4) patrones de respuesta (o indicadores de proceso y de resultado), y 5) terapéutica de enfermería.

Tipos y patrones de las transiciones

Los tipos de transición son las del *desarrollo, salud y enfermedad, situacional y organizativa*. La transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen el proceso de recuperación, el alta hospitalaria y el diagnóstico de enfermedades crónicas (Meleis y Trangenstein, 1994). Las transiciones organizativas se refieren a las condiciones cambiantes del entorno que afectan a la vida de los pacientes y de los trabajadores que forman parte de ellas (Schumacher y Meleis, 1994). Los patrones de transición incluyen la multiplicidad y la complejidad (Meleis et al., 2000). Muchas personas experimentan múltiples transiciones simultáneamente y no una única transición, que no puede distinguirse con facilidad de los contextos de la vida diaria.

Propiedades de la experiencia de la transición

Las propiedades de la experiencia de la transición incluyen cinco subconceptos: 1) conciencia; 2) compromiso; 3) cambio y diferencia; 4) lapso de tiempo, y 5) puntos y acontecimientos críticos. Meleis et al. (2000) afirmaron que estas propiedades de la experiencia de transición no están fundamentalmente desconectadas, sino que están interrelacionadas como un proceso complejo.

La *conciencia* se define como «la percepción, el conocimiento y el reconocimiento de una experiencia de la transición», y el nivel de conciencia suele reflejarse en «el grado de congruencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un conjunto esperado de respuestas y percepciones de los individuos que experimentan transiciones similares» (Meleis et al., 2000).

El *compromiso* es otra propiedad de la transición sugerida por Meleis et al. (2000). El *compromiso* se refiere al «grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición». Se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que este no sucede sin conciencia.

Los *cambios y diferencias* son una propiedad de las transiciones (Meleis et al., 2000). Se supone que los cambios que una persona experimenta en sus identidades, roles, relaciones, habilidades y comportamientos aportan una sensación de movimiento o dirección hacia los procesos internos y externos (Schumacher y Meleis, 1994). Las diferencias se

(Continúa)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

sugieren también como propiedades de las transiciones. Meleis et al. (2000) creían que las diferencias que suponía un reto podían ponerse de manifiesto a través de expectativas insatisfechas o atípicas, sintiéndose distintas, percibiéndose como distintas o viendo el mundo y a los demás de manera distinta, y sugirieron que las enfermeras necesitarían reconocer «el nivel de comodidad y dominio del paciente al hacer frente a los cambios y las diferencias».

El *lapso de tiempo* también es una propiedad de las transiciones: todas las transiciones pueden caracterizarse como fluidas y en movimiento a lo largo del tiempo (Meleis et al., 2000). Basándose en la afirmación de Bridges (1980, 1991), en la teoría de nivel medio de la transición, la *transición* se define como «un lapso de tiempo con un punto de partida identificable, que se extiende desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración del cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y angustia, y llega a un “final” con un nuevo comienzo o periodo de estabilidad».

Los *puntos y acontecimientos críticos* son la última propiedad de las transiciones sugerida por Meleis et al. (2000). Los puntos y acontecimientos críticos se definen como «marcadores como el nacimiento, la muerte, el cese de la menstruación o el diagnóstico de una enfermedad». Los puntos críticos y acontecimientos están vinculados normalmente para intensificar la conciencia de los cambios o disparidades o con un compromiso más activo en el proceso de transición. Además, la teoría de las transiciones conceptualiza que los puntos críticos finales se diferencian por un sentido de contrapeso en nuevos calendarios, competencias, estilos de vida y conductas de autocuidado, y que la duración de la incertidumbre se caracteriza por variaciones, cambios consecutivos e interrupciones en la existencia.

Condiciones de las transiciones

Las condiciones de las transiciones son «aquellas circunstancias que influyen en la forma en que una persona se mueve a través de una transición, y que facilitan o dificultan el progreso hacia el logro de una transición saludable» (Schumacher y Meleis, 1994). Las condiciones de las transiciones incluyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables.

Entre las *condiciones personales* se incluyen los significados, las creencias y actitudes culturales, el nivel socioeconómico, la preparación y los conocimientos. Meleis et al. (2000) consideraron que los significados atribuidos a algunos acontecimientos que aceleran una transición y al propio proceso de transición facilitarían o impedirían las transiciones saludables. Las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición (p. ej., estigmatización china del cáncer) influirían en la experiencia de la transición. El estado socioeconómico podría influir en las experiencias de transición

de las personas. La preparación anticipada o la falta de preparación facilitarían o inhibirían las experiencias de transición de las personas. Las condiciones *comunitarias* (p. ej., recursos de la comunidad) o *sociales* (p. ej., marginación de los inmigrantes en el país de acogida) podrían facilitar o inhibir las transiciones. Recientemente se han añadido las *condiciones globales* a la teoría de las transiciones (Meleis, 2015, 2019). Sin embargo, en comparación con las condiciones personales de transición, los subconceptos de condiciones comunitarias, sociales y *globales* tienden a estar poco desarrollados.

Patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado

Los indicadores de transiciones saludables en el marco de Schumacher y Meleis (1994) fueron sustituidos por patrones de respuesta en la teoría de nivel medio de las transiciones. Los patrones de respuesta se conceptualizan como *indicadores de proceso* e *indicadores de resultado*. Estos *indicadores de proceso* y *de resultado* caracterizan las respuestas saludables. Los *indicadores de proceso* que orientan a los pacientes hacia la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo permiten a las enfermeras realizar una evaluación e intervención tempranas para acelerar los resultados saludables. Asimismo, los *indicadores de resultado* pueden utilizarse para comprobar si una transición es saludable o no, pero Meleis et al. (2000) advirtieron que los indicadores de resultados podrían asociarse a acontecimientos irrelevantes en la vida de las personas si se valoran al principio de un proceso de transición. Los indicadores del proceso sugeridos por Meleis et al. (2000) incluyen «sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento». «La necesidad de sentir y estar conectado» es un indicador de proceso de una transición sana; si los inmigrantes añaden nuevos contactos a los antiguos con sus familiares y amigos, por lo común se encuentran en una transición sana. A través de interacciones, el significado anexo a la transición y a las conductas causadas por esta puede ser desvelado, analizado y comprendido, lo que habitualmente da lugar a una transición sana. La ubicación y la capacidad de estar situado en términos de tiempo, espacio y relaciones suelen ser importantes en la mayoría de las transiciones; indican si la persona gira en la dirección de una transición sana. La magnitud de la confianza aumentada que experimentan las personas en transición es otro indicador de proceso importante de una transición sana. Los indicadores de resultados sugeridos por Meleis et al. (2000) incluyen el dominio y las identidades integradoras fluidas. «La terminación sana de una transición» puede ser decidida por la magnitud del dominio de las habilidades y comportamientos que muestran las personas en transición para gestionar sus nuevas situaciones o entornos. La reformulación de la identidad también puede representar la conclusión saludable de una transición.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Terapéutica de enfermería

Schumacher y Meleis (1994) conceptualizaron la terapéutica de enfermería como «tres medidas ampliamente aplicables a la intervención terapéutica durante las transiciones». En primer lugar, propusieron evaluar la disposición como una terapia de enfermería. La valoración de la disposición debe responder a unos esfuerzos interdisciplinarios y estar basada en una completa comprensión del cliente; requiere valoración de cada una de las condiciones de la transición para generar un boceto personal de la disposición del cliente, y permitir a los clínicos e investigadores determinar diversos patrones de la experiencia de la transición. En segundo lugar, se sugiere la preparación para la transición como una terapia de

enfermería. La preparación para la transición incluye la formación como modalidad principal para generar la mejor condición para estar dispuesto para la transición. En tercer lugar, se propuso la suplementación del rol como terapia de enfermería. La suplementación del rol fue sugerida por Meleis (1975) y utilizada por varios investigadores (Brackley, 1992; Dracup et al., 1985b; Gaffney, 1992; Meleis y Swendsen, 1978). Sin embargo, en la teoría de nivel medio de las transiciones, no se desarrolla el concepto de terapéutica de enfermería. Recientemente, se han añadido a la teoría de las transiciones cuatro terapéuticas de enfermería: a) aclaración de roles, competencias y significados; b) identificación de hitos; c) movilización de apoyos, y d) análisis posterior (Meleis, 2015, 2019).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

En el desarrollo del marco de transición por parte de Schumacher y Meleis (1994), una amplia revisión sistemática de la literatura con más de 300 artículos relacionados con las transiciones proporcionó pruebas empíricas de la conceptualización y la teorización. Luego, como se mencionó anteriormente en este capítulo, el marco de transición se puso a prueba en una serie de estudios para describir las transiciones en inmigrantes (Im, 2010; Im y Meleis, 1999a, 1999b; Im et al., 1999), las transiciones de salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas (Cerqueira et al., 2016; Madsen et al., 2019; Rodrigues da Silva et al., 2017; Shaul, 1997), transiciones a la maternidad (Barimani et al., 2017; Emond et al., 2019; Korukcu et al., 2017), la transición al envejecimiento (Schumacher et al., 1999) y transiciones asistenciales (Gaskin, 2018; Weiss et al., 2007).

El desarrollo de la teoría de nivel medio de las transiciones se basa en la evidencia empírica de cinco estudios de investigación para su conceptualización y teorización (Im, 1997; Messias, 1997; Messias et al., 1995; Sawyer, 1997; Schumacher, 1994). Estos estudios se realizaron en grupos culturalmente diversos de personas en transición, como madres afroamericanas, inmigrantes coreanas de mediana edad, padres de niños con cardiopatías congénitas, inmigrantes brasileñas a EE. UU. y familiares cuidadores de personas tratadas con quimioterapia para el cáncer. Los resultados empíricos de estos cinco estudios aportaron la base teórica para los conceptos de la teoría de nivel medio de las transiciones, y los conceptos y sus relaciones fueron desarrollados y formulados según un proceso colaborador de diálogo, comparación constante de resultados en los cinco estudios y análisis de resultados. Por ejemplo, una de las condiciones personales, los *significados*, se propuso a partir de los resultados de dos estudios (Im, 1997; Sawyer, 1997). Según Meleis et al. (2000), aunque las inmigrantes coreanas de mediana edad tenían sentimientos ambivalentes hacia la menopausia en el estudio de Im, la menopausia en sí misma no tenía un significado especial. Im

halló que la mayoría de las participantes no expresó ninguna preocupación o problema especial en relación con la salud o la enfermedad en sus transiciones a la menopausia. Más bien, las mujeres pasaron la menopausia sin percibir problemas o preocupaciones de salud o enfermedad, lo que indica que «ningún significado especial» habría facilitado la transición menopáusica de las mujeres. No obstante, el estudio de Sawyer describió que las mujeres afroamericanas explicaron el goce intenso de su rol como madres y describió la maternidad como ser responsable, protectora, dar apoyo y ser necesaria. Por tanto, Meleis et al. (2000) propusieron los significados como condición de transición personal porque, en ambos estudios, los significados neutros y positivos podrían haber facilitado la menopausia y la maternidad. La teoría de nivel medio de las transiciones se ha utilizado en estudios para desarrollar teorías específicas de la situación (Baird, 2012; Clingerman, 2007; Davidson et al., 2007; Geary y Schumacher, 2012; Im, 2006, 2010; Im y Meleis, 1999b; Schumacher et al., 1999) y para poner a prueba la teoría en un estudio sobre la experiencia de los familiares en relación con el ingreso en una residencia de ancianos (Davies, 2005).

PRINCIPALES PREMISAS

Basándose en los anteriores trabajos de Meleis sobre la suplementación del rol, el marco de transición de Schumacher y Meleis (1994) y la teoría de nivel medio de las transiciones de Meleis et al. (2000), se pueden deducir las siguientes premisas de la teoría de las transiciones.

Enfermería

- Las enfermeras son las principales cuidadoras de los pacientes y sus familias que están pasando por una transición.
- Las transiciones provocan cambios y son el resultado de estos.

Persona

- Las transiciones implican un proceso de movimiento y cambios en los patrones vitales fundamentales, que se manifiestan en todos los individuos.
- Las transiciones provocan cambios en las identidades, los roles, las relaciones, las habilidades y los patrones de conducta.
- La vida cotidiana de los pacientes, los entornos y las interacciones están conformados por la naturaleza, las condiciones, los significados y los procesos de sus experiencias de transición.

Salud

- Las transiciones son complejas y multidimensionales. Las transiciones tienen patrones de multiplicidad y complejidad.
- Todas las transiciones se caracterizan por la fluidez y el movimiento en el tiempo.
- Cambio y diferencia no son intercambiables, ni tampoco son sinónimos de transición.

Entorno

- La vulnerabilidad está relacionada con las experiencias, las interacciones y las condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, a una recuperación problemática o prolongada, o a un afrontamiento retrasado o nocivo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los fundamentos teóricos de la teoría de las transiciones se dedujeron en los primeros trabajos de Meleis. Esto incluye su trabajo sobre la suplementación del rol, el marco de transición de [Schumacher y Meleis \(1994\)](#) y la teoría de nivel medio de las transiciones de [Meleis et al. \(2000\)](#). Las premisas teóricas de esos trabajos teóricos son:

- Las transiciones de desarrollo, salud y enfermedad y organizativas son fundamentales para la práctica de la enfermería.
- Los patrones de transición incluyen: a) si el cliente experimenta una sola transición o múltiples transiciones; b) si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas; c) el grado de superposición entre las transiciones, y d) la naturaleza de la relación entre los diferentes acontecimientos que desencadenan las transiciones en un paciente.
- Las propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de un proceso complejo.
- El nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso, ya que este no sucede sin conciencia.
- Las percepciones y los significados que los seres humanos atribuyen a las situaciones de salud y enfermedad se ven influidos por las condiciones en las que se produce la transición y, a su vez, influyen en esas condiciones.
- La transición saludable se caracteriza por los indicadores de proceso y de resultado.

- La negociación de las transiciones con éxito depende del desarrollo de una relación eficaz entre la enfermera y el paciente (terapéutica de enfermería). Esta relación es un proceso altamente recíproco que afecta tanto al paciente como a la enfermera.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría de las transiciones se formuló y desarrolló a través de la inducción utilizando la literatura y los hallazgos de las investigaciones disponibles. Inicialmente fue desarrollada como un concepto central de la enfermería y más tarde como una teoría de nivel medio. La teoría de las transiciones fue formulada con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre las experiencias de las transiciones en diferentes tipos de transiciones con la terapia de enfermería para personas en fase de transición. La teoría proporciona un marco formal para comprender los resultados de investigaciones previas sobre las transiciones más claramente y para proponer conceptos para estudio adicional.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

En las últimas décadas, las transiciones han surgido como un concepto central del fenómeno enfermero, y la teoría de las transiciones se ha utilizado ampliamente en todo el mundo. La teoría de las transiciones se ha traducido y utilizado ampliamente en Suecia, Taiwán, Corea del Sur, Portugal, España y Singapur.

Práctica profesional

La teoría de las transiciones ofrece una perspectiva global de la experiencia de la transición al tiempo que considera los contextos en los que las personas experimentan una transición. Por su exhaustividad, aplicabilidad y afinidad con la salud, la teoría de las transiciones se ha aplicado a muchos fenómenos humanos de interés y preocupación para las enfermeras, como enfermedad, recuperación, nacimiento, muerte, pérdida e inmigración. La teoría de las transiciones es útil para explicar las transiciones de salud/enfermedad, como el proceso de recuperación, el alta hospitalaria y el diagnóstico de enfermedades crónicas ([Meleis y Trangenstein, 1994](#)). De hecho, los estudios indican que la teoría de las transiciones podría aplicarse a la práctica de la enfermería con diversos grupos de personas, como poblaciones geriátricas, poblaciones pediátricas y adolescentes, poblaciones psiquiátricas, poblaciones maternas, familiares cuidadores, mujeres menopáusicas, pacientes con Alzheimer, mujeres inmigrantes y personas con enfermedades crónicas, entre otros ([Aroian y Prater, 1988](#); [Baird, 2012](#); [Betz et al., 2016](#); [Brackley, 1992](#); [Cooley y Sagerman, 2011](#); [Djukanović y Peterson, 2016](#); [Galeano y Carvajal, 2016](#); [Im, 1997](#); [Kaas](#)

y Rousseau, 1983; Schumacher et al., 1993; Shaul, 1997). La teoría de las transiciones podría guiar la práctica enfermera en personas con varios tipos de transiciones, al ofrecer una perspectiva completa de la naturaleza y el tipo de transiciones, condiciones de las transiciones e indicadores de proceso y de resultado de patrones de respuesta a las transiciones. Además, la teoría de las transiciones guiará el desarrollo de la terapéutica de enfermería coherente con la experiencia única de los clientes y sus familias en transición, promoviendo respuestas saludables a la transición.

Formación

La teoría de las transiciones se utiliza ampliamente en la formación de grado y posgrado en todo el mundo (Meleis, comunicación personal, 18 de noviembre de 2019). Hay un interés internacional creciente por integrar la teoría de las transiciones en los estudios de enfermería de numerosos países (Meleis, comunicación personal, 18 de noviembre de 2019). La teoría de las transiciones fue utilizada como un marco organizador de planes de estudios en numerosos lugares, entre ellos la University of Connecticut y la Clayton State University en Morrow, Georgia, en la que la teoría de las transiciones ha sido usada en sus programas de formación durante los últimos 15 años (www.clayton.edu). En respuesta a una necesidad creciente de aprendizaje de los estudiantes de grado, Meleis instruyó un curso electivo independiente de grado sobre transiciones y salud en la UCSF. En la University of Pennsylvania, en 2007, se fundó un centro con el nombre de Transitions and Health, dirigido por Mary Naylor, con una dotación de apoyo de 5 millones de dólares y con la teoría de las transiciones como base teórica.

Investigación

A nivel internacional, varios investigadores han utilizado la teoría de las transiciones en sus estudios como base teórica para la investigación. El programa de investigación de Meleis se basa naturalmente en la teoría de las transiciones, y otros investigadores han puesto a prueba la precisión empírica de la teoría de las transiciones a través de sus estudios (Betz et al., 2016; Cooley y Sagerman, 2011; Davies, 2005; Djukanović y Peterson, 2016; Galeano y Carvajal, 2016; Im, 1997; Kaas y Rousseau, 1983; Schumacher et al., 1993; Shaul, 1997; Weiss et al., 2007). Como se mencionó anteriormente en este capítulo, la teoría de las transiciones se utilizó a menudo como teoría original para desarrollar teorías específicas de la situación (Baird, 2012; Clingerman, 2006; Davidson et al., 2007; Geary y Schumacher, 2012; Im, 2006, 2010; Im y Meleis, 1999b; Schumacher et al., 1999). Algunos estudiantes de doctorado han utilizado la teoría de las transiciones en sus tesis doctorales relacionadas con diversas transiciones, como las transiciones de los estudiantes internacionales, las transiciones de las nuevas enfermeras, el papel de la enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) en la transición

asistencial, etc. (Brewington, 2013; Moore, 2015; Tucker, 2016; Vardaman, 2011).

EVOLUCIÓN

La teoría de las transiciones era un marco emergente que podía seguir desarrollándose, comprobándose y perfeccionándose, lo que reflejaba la postura filosófica de Meleis sobre el desarrollo de la teoría como algo cíclico, dinámico y evolutivo. La teoría de las transiciones sigue mejorando y comprobándose para explicar los conceptos principales y las relaciones entre diversos grupos de poblaciones con varios tipos de transición. Dado que existe suficiente apoyo empírico sobre la teoría de las transiciones derivado de una serie de estudios, los estudios futuros deberán ser estudios intervencionistas que analicen las intervenciones basadas en esta teoría, mediante las cuales adquiere capacidad para orientar la práctica enfermera.

Tal y como preveía Meleis (2007), se siguen desarrollando teorías específicas para cada situación basadas en la teoría de las transiciones. En un análisis reciente de las teorías específicas de la situación publicadas desde 1999, la teoría de las transiciones fue, de hecho, la teoría de nivel medio más utilizada para desarrollar teorías específicas de la situación (Im, 2014a). En otro análisis (Im, 2014b) se encontró que un total de nueve teorías específicas de la situación desarrolladas en los últimos 10 años derivaban de la teoría de nivel medio de las transiciones. Teniendo en cuenta que en las últimas décadas se ha propuesto un número limitado de teorías, nueve teorías derivadas de una sola teoría de nivel medio podrían ser un gran ejemplo de las iniciativas de derivación teórica para desarrollar teorías específicas de la situación. Las teorías específicas de la situación derivadas de la teoría de las transiciones son:

- La teoría específica de la situación de la transición migratoria de las trabajadoras agrícolas emigrantes (Clingerman, 2007).
- La teoría específica de la situación de transición a los servicios sanitarios de día para adultos (Bull y McShane, 2008).
- La teoría específica de la situación para guiar las intervenciones en personas con insuficiencia cardíaca (Davidson et al., 2007).
- La teoría específica de la situación de las transiciones asistenciales (Geary y Schumacher, 2012).
- La teoría específica de la situación del bienestar en mujeres refugiadas que experimentan una transición cultural (Baird, 2012).
- La teoría específica de la situación de la experiencia del dolor para los pacientes oncológicos americanos de origen asiático (Im, 2008).
- La teoría específica de la situación de la experiencia de los síntomas de la menopausia de las mujeres asiáticas inmigrantes en EE. UU. (Im, 2010).

- La teoría específica de la situación de la transición menopáusica de las mujeres inmigrantes coreanas (Im y Meleis, 1999a, 1999b).
- La teoría específica de la situación de la experiencia del dolor en pacientes caucásicos con cáncer (Im, 2006).

CRÍTICA

Claridad

Las definiciones conceptuales de la teoría de las transiciones son claras y permiten comprender su complejidad. Las relaciones entre los principales conceptos pueden representarse claramente en un diagrama visualmente sencillo (v. fig. 20.1). Las variables son independientes entre sí, aunque los efectos interactivos entre las variables se representan claramente con flechas.

Sencillez

La teoría de las transiciones es clara y sencilla de entender. Los conceptos principales están ligados lógicamente, y las relaciones son evidentes en sus fundamentos teóricos.

Generalidad

La teoría de las transiciones es una teoría de nivel medio. Las teorías de nivel medio tienen un alcance más limitado y menos abstracción que las grandes teorías y estudian fenómenos o conceptos específicos, que facilitan su aplicación en la práctica enfermera. La teoría de las transiciones tiende a generalizarse a personas en transición. Si se consideran diversos tipos de transiciones, la teoría de las transiciones es importante para

cualquier población en transición, según el tipo de transición que experimente. La investigación utilizada para derivar la teoría de las transiciones realmente se basó en la participación de grupos de diferente sexo y etnia en varios ámbitos. Esto hace que la teoría de las transiciones sea más fácilmente generalizable que las teorías desarrolladas para la investigación con poblaciones específicas de pacientes.

Accesibilidad

La teoría de las transiciones ha sido comprobada y apoyada por Meleis y otros autores como marco para explicar las experiencias de transición de diversos grupos de poblaciones en diferentes tipos de transiciones. La teoría de las transiciones sigue evolucionando en programas de investigación, y estudios continuados de investigación empírica la mejorarán. Con el desarrollo de teorías específicas de situación a partir de la teoría de las transiciones también se reducirá la distancia del mundo empírico.

Importancia

La teoría de las transiciones, centrada en personas que se encuentran en diversos tipos de transiciones, ofrece una guía completa y evolutiva para todas las disciplinas sanitarias. Las disciplinas relacionadas con la salud tratan un tipo de transición, simple o múltiple. Con la creciente necesidad de atención sanitaria culturalmente competente para diversos grupos de clientes, la teoría de las transiciones ofrecería una adaptación teórica más adecuada a la asistencia actual. La consideración inherente de la diversidad de clientes y su base en la investigación en diversos grupos contribuye a su importancia.

RESUMEN

Los sistemas sanitarios actuales se caracterizan con frecuencia por los cambios, las diversidades y las complejidades. La teoría de las transiciones, que evolucionó a partir de estudios de investigación entre grupos diversos de personas en distintos tipos de transiciones, podría dirigir de forma adecuada la práctica y la formación en enfermería en el sistema de atención sanitaria actual. Meleis comenzó su viaje teórico en la década de 1960 y aún se encuentra en el trayecto. La teoría de

las transiciones se sigue desarrollando a través de una serie de estudios basados en ella y gracias a los muchos colaboradores a los que Meleis ha apoyado. El reciente desarrollo de teorías específicas para una situación derivadas de la teoría de las transiciones apoya su utilidad y aplicabilidad para la investigación y la práctica enfermera. Su liderazgo visionario influye en la práctica de la enfermería, la educación y la investigación en todo el mundo.

CASO CLÍNICO

Sue Kim, de 49 años, emigró de Corea del Sur a EE. UU. hace 6 años. Su familia emigró a EE. UU. para educar a sus hijos y se trasladó con familiares a Los Ángeles. Sue y su marido eran licenciados por una de las primeras universidades de Corea del Sur y su marido también completó un máster en Negocios. Sin embargo, su dominio del inglés era insuficiente para trabajar en EE. UU., por lo que abrieron una tienda

de productos coreanos con el dinero que habían traído de Corea del Sur y consiguieron establecerse en Los Ángeles, donde viven bastantes coreanos. Tienen dos hijos: Mina, de 25 años, que es encargada en una tienda, y Yujun, de 21 años, que estudia en la universidad. Los dos nacieron en Corea del Sur y se trasladaron a EE. UU. con Sue. Los hijos pasaron tiempos difíciles, especialmente Mina, que llegó a EE. UU. en

CASO CLÍNICO (cont.)

su último año de instituto. Sin embargo, al final se adaptaron al nuevo entorno. Mina vive sola en un apartamento de una habitación cerca del centro y Yujun, en una residencia universitaria. Los Kim son religiosos y van regularmente a la parroquia protestante de su comunidad. Participan en numerosas actividades parroquiales.

Sue y su marido han estado demasiado ocupados para someterse a revisiones anuales durante los últimos 6 años. Hace 1 año, Sue empezó a tener indigestiones, náuseas, vómitos y dolor abdominal superior; tomó algunas medicinas sin receta e intentó tolerar el dolor. El mes pasado, sus síntomas empeoraron; acudió a una clínica local y se la remitió a un hospital mayor. Recientemente se le ha diagnosticado un cáncer de estómago después de una serie de pruebas, y se la ha operado; ahora sigue un tratamiento de quimioterapia.

Usted es la enfermera que cuida de Sue durante esta hospitalización. Siempre que se acerca a ella, Sue es muy educada y recatada. Es muy callada y nunca se queja de síntomas ni dolor. Sin embargo, en varias ocasiones piensa que Sue tiene mucho dolor cuando ve sus expresiones faciales y sudor en su frente. Piensa que el nivel de inglés de Sue no le permite comunicarse con los profesionales de la salud. Además, ve que Sue no tiene muchas visitas –solo su marido y sus hijos–. Con frecuencia encuentra a Sue rezando mientras escucha canciones religiosas. También la encuentra sollozando en silencio. Quedan 2 semanas para

que Sue acabe la quimioterapia. Piense en algo que debería hacer por Sue para que no sufra a causa de un dolor y unos síntomas que podrían ser controlados fácilmente con estrategias existentes de tratamiento del dolor. Empiece a hacer algunos planes.

1. Describa su evaluación de las transiciones que está experimentando Sue. ¿Cuáles son los tipos y patrones de las transiciones? ¿Qué propiedades de las transiciones puede identificar en este caso?
2. ¿Qué condiciones de transición personales, comunitarias y sociales pueden haber influido en la experiencia de Sue? ¿Cuáles son los significados culturales que se atribuyen al cáncer, al dolor oncológico y a los síntomas que acompañan a la quimioterapia en esta situación? ¿Cuáles son las actitudes culturales de Sue hacia el cáncer y los pacientes con cáncer? ¿Qué factores pueden facilitar o inhibir sus transiciones?
3. Considere los patrones de respuesta que muestra Sue. ¿Cuáles son los indicadores de una transición saludable? ¿Cuáles son los indicadores de una transición poco saludable?
4. Reflexione sobre cómo la teoría de las transiciones le ayudó en su evaluación y en los cuidados de enfermería dirigidos a Sue.
5. Si fuera la enfermera de Sue, ¿cuál sería su primera acción/interacción con ella? Describa un plan de cuidados de enfermería para Sue.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Considere una transición en la que esté involucrada personalmente ahora. Identifique las características de la transición tal como se definen en la teoría de las transiciones que usted haya observado. ¿La consideración de esta transición específica le hace más consciente de otras transiciones que esté experimentando?
2. Analice los cambios que está experimentando debido a la transición específica. Considere en qué medida su nivel de conciencia de estos cambios influye en su experiencia de la transición. Piense en lo larga que ha sido la transición y en cuáles han sido los hitos y puntos críticos de esta.
3. Analice las condiciones personales, comunitarias y sociales que pueden haber influido en la transición que está viviendo. Enumere las influencias, como las creencias y actitudes culturales, la situación socioeconómica y el nivel de preparación, que influyen en su enfoque de la transición.
4. Revise sus respuestas a la transición y busque patrones en esas respuestas. Pida a cinco amigos o familiares de diferentes edades u origen étnico que describan sus respuestas a la transición. Compare las descripciones dadas por esas personas con las suyas.
5. Considere los resultados de la transición personal planteada en la pregunta 1. ¿Qué facilitaría el éxito de la transición? ¿Qué podría impedir unos resultados satisfactorios?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Para responder al creciente interés de los investigadores por la teoría de las transiciones, la University of

Pennsylvania creó un sitio web en: <https://www.nursing.upenn.edu/live/files/552-transitions-theorypdf>

BIBLIOGRAFÍA

- Aroian, K., & Prater, M. (1988). Transitions entry groups: easing new patients' adjustment to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 312–313.
- Baird, M. B. (2012). Well-being in refugee women experiencing cultural transition. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 249–263.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K. F., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—Ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546.
- Betz, C. L., Smith, K. A., Van Speybroeck, A., Hernandez, F. V., & Jacobs, R. A. (2016). Movin' On Up: An innovative nurse-led interdisciplinary health care transition program. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(4), 323–338.
- Brackley, M. H. (1992). A role supplementation group pilot study: A nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist*, 6(1), 14–19.
- Brewington, M. C. (2013). *New nurse transitions: A qualitative study of perceived difficulties*. Greenville, NC: East Carolina University.
- Bridges, W. (1980). *Transitions*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bridges, W. (1991). *Managing transition: Making the most of change*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bull, M. J., & McShane, R. E. (2008). Seeking what's best during the transition to adult day health services. *Qualitative Health Research*, 18(5), 597–605.
- Cerqueira, C., Pereira, F., & Figueiredo, M. C. B. (2016). Patterns of response in parents of children with cancer: An integrative review. *Oncology Nursing Forum*, 43(2), E43–E55.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chin (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implantation*. Gainsburg, MD: Aspen.
- Clingerman, E. (2007). A situation-specific theory of migration transition for migrant farmworker women. *Research and Theory for Nursing Practice*, 21(4), 220–235.
- Cooley, W. C., & Sagerman, P. J. (2011). Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*, 128(1), 182–200.
- Davidson, P. M., Dracup, K., Phillips, J., Padilla, G., & Daly, J. (2007). Maintaining hope in transition: A theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(1), 58–64.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658–671.
- Djukanović, I., & Peterson, U. (2016). Experiences of the transition into retirement: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(4), 224–232.
- Dracup, K., Meleis, A. T., Baker, K., & Edlefsen, P. (1985a). Family-focused cardiac rehabilitation: A role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nursing Clinics of North America*, 19(1), 113–124.
- Dracup, K., Meleis, A. I., Clark, S., Clyburn, A., Shields, L., & Staley, M. (1985b). Group counseling in cardiac rehabilitation: Effect on patient compliance. *Patient Education and Counseling*, 6(4), 169–177.
- Gaffney, K. F. (1992). Nurse practice-model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences*, 15(2), 76–84.
- Galeano, M. D., & Carvajal, B. V. (2016). Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(3), 105–109.
- Geary, C. R., & Schumacher, K. L. (2012). Care transitions: Integrating transition theory and complexity science concepts. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 236–248.
- Im, E. O. (1997). *Negligence and ignorance of menopause within gender multiple transition context: Low income Korean immigrant women*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco.
- Im, E. O. (2005). Development of situation-specific theories: An integrative approach. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 137–151.
- Im, E. O. (2006). A situation-specific theory of Caucasian cancer patients' pain experience. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 232–244.
- Im, E. O. (2008). The situation-specific theory of pain experience for Asian American cancer patients. *Advances in Nursing Science*, 31(4), 319–331.
- Im, E. O. (2010). A situation-specific theory of Asian immigrant women's menopausal symptom experience in the United States. *Advances in Nursing Science*, 33(2), 143–157.
- Im, E. O. (2014a). The status quo of situation-specific theories. *Research and Theory for Nursing Practice*, 28(4), 278–298.
- Im, E. O. (2014b). Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. *Advances in Nursing Science*, 37(1), 19–31.
- Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999a). Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22(2), 11–24.
- Im, E., & Meleis, A. I. (1999b). A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 333–338.
- Im, E., Meleis, A. I., & Lee, K. (1999). Symptom experience of low-income Korean immigrant women during menopausal transition. *Women and Health*, 29(2), 53–67.
- Jones, P. S., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (1978). Transforming vulnerability. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 835–853.
- Kaas, M. J., & Rousseau, G. K. (1983). Geriatric sexual conformity: Assessment and intervention. *Clinical Gerontologist*, 2(1), 31–44.
- Kelley, L. S., & Lakin, J. A. (1988). Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease: A case study. *Public Health Nursing*, 5(3), 146–152.
- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24, 264–271.
- Meleis, A. I. (1985). *Theoretical nursing: Development and progress* (1st ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2015a). Transition to retirement: A life cycle transition. In H. Loureiro (Ed.), *Transição Para a Reforma: Um Programa a Implementar Em Cuidados de Saúde Primários* (1st ed., pp. 9–15). Coimbra, Portugal: REATIVA.
- Meleis, A. I. (2015b). Transitions theory. In M. Smith, & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361–380). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Meleis, A. I. (2016). The undeaning transition: Toward becoming a former dean. *Nursing Outlook*, 64(2), 186–196.
- Meleis, A. I. (2019). *Transitions theory*. <https://www.nursing.upenn.edu/live/files/552-transitions-theorypdf>.
- Meleis, A. I., Birch, E. L., & Wachter, S. M. (2011). *Women's health and the world's cities*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Meleis, A. I., Lipson, J., & Dallafar, A. (1998). The reluctant immigrant: Immigration experiences among Middle Eastern groups in Northern California. In D. Baxter, & R. Krulfeld (Eds.), *Selected papers on refugees and immigrants*, vol. 5 (pp. 214–230). Arlington, VA: American Anthropological Association.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27, 11–18.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255–259.
- Messias, D. K. H. (1997). *Narratives of transnational migration, work, and health: The lived experiences of Brazilian women in the United States*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco.
- Messias, D. K. H., Gilliss, C. L., Sparacino, P. S. A., Tong, E. M., & Foote, D. (1995). Stories of transition: Parents recall the diagnosis of congenital heart defects. *Family Systems Medicine*, 3(3/4), 367–377.
- Moore, T. L. (2015). *A pilot study to evaluate use of a psychiatric advanced practice nurse to improve hospital to home transition outcomes*. Columbus, OH: The Ohio State University.
- Robinson, P. R., Ekman, S. L., Meleis, A. I., Wahlund, L. O., & Winbald, B. (1997). Suffering in silence: the experience of early memory loss. *Health Care in Later Life*, 2(2), 107–120.
- Sawyer, L. (1997). *Effects of racism on the transition to motherhood for African-American women*. San Francisco: University of California, San Francisco.
- Schumacher, K. L. (1994). *Shifting patterns of self-care and caregiving during chemotherapy*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco.
- Schumacher, K. L. (1995). Family caregiver role acquisition: Role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9, 211–271.
- Schumacher, K. L., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health*, 16, 395–404.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In L. Swanson & T. Tripp Reimer (Eds.), *Advances in gerontological nursing: Life transitions in the older adult*, vol. 3 (pp. 1–26). New York: Springer.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.
- Shaul, M. P. (1997). Transition in chronic illness: Rheumatoid arthritis in women. *Rehabilitation Nursing*, 22, 199–205.
- Shih, F. J., Meleis, A. I., Yu, P. J., Hu, W. Y., Lou, M. F., & Huang, G. S. (1998). Taiwanese patients' concerns and coping strategies: Transitions to cardiac surgery. *Heart and Lung*, 27(2), 82–98.
- Tucker, K. (2016). *The lived experience of clinical nurse experts transitioning to the role of novice educators*. Greeley, CO: University of Northern Colorado.
- Vardaman, S. (2011). *Lived experiences of transitions in international nursing students*. Tyler, TX: University of Texas.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., et al. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31–42.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Meleis, A. I., Birch, E. L., & Wachter, S. M. (2011). *Women's health and the world's cities*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Capítulos de libros

- Brooten, D., & Naylor, M. D. (1999). Transitional environments. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham, & J. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 641–654). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipson, J. G., & Meleis, A. I. (1999). Research with immigrants and refugees. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham, & J. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 87–106). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (2007). The elderly in transition: Need and issues of care. In L. Swanson, & T.

Tripp Reimer (Eds.), *Advances in gerontological nursing*. New York: Springer.

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In L. Swanson & T. Tripp Reimer (Eds.), *Advances in gerontological nursing: Life transitions in the older adult*, vol. 3 (pp. 1–26). New York: Springer.

Tesis doctorales

Almendarez, B. L. (2007). *Mexican American elders and nursing home transition*. San Antonio TX: University of Texas Health Science Center.

Batty, M. L. E. (1999). *Pattern identification and expanding consciousness during the transition of “low-risk” pregnancy. A study embodying Newman’s health as expanding consciousness* [Unpublished doctoral dissertation]. University of New Brunswick, Canada.

Fowles, E. R. (1994). *The relationship between prenatal maternal attachment, postpartum depressive symptoms, and maternal role attainment*. Chicago, IL: Loyola University of Chicago.

Im, E. O. (1997). *Negligence and ignorance of menopause within gender multiple transition context: Low income Korean immigrant women*. San Francisco: University of California.

Kelly, C. (1997). *Restructuring public health nursing: Experiences in Northern California*. San Francisco: University of California.

Lenz, B. K. (2002). *Correlates of tobacco use and non-use among college students at a large university: Application of a transition framework*. University of Minnesota.

McMillan, E. S. (2002). *Education to practice questionnaire: A content analysis*. Delaware: Wilmington College Division of Nursing.

Missal, B. E. (2003). *The Gulf Arb woman’s transition to motherhood*. University of Minnesota.

O’Brien-Barry, P. (2003). *The contribution of sex-role orientation and role commitment to interrole conflict in working first-time mothers at 6 to 9 months postpartum*. New York University.

Sawyer, L. (1997). *Effects of racism on the transition to motherhood for African-American women*. San Francisco: University of California.

Vardaman, S. (2011). *Lived experiences of transitions in international nursing students*. Tyler: University of Texas.

Artículos de revistas

Clingerman, E. (2007). A situation-specific theory of migration transition for migrant farm worker women. *Research and Theory for Nursing Practice*, 21(4), 220–235.

Davidson, P. M., Dracup, K., Phillips, J., Padilla, G., & Daly, J. (2007). Maintaining hope in transition: A theoretical framework to guide interventions for people with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(1), 58–64.

Davies, S. (2005). Meleis’s theory of nursing transitions and relatives’ experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658–671.

Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–450.

Elmberger, E., Bolund, C., & Lutzen, K. (2000). Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in

the face of cancer. *Health Care for Women International*, 21(6), 485–499.

Emond, T., Montigny, F. D., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1952–1965.

Gaskin, K. L. (2018). Patterns of transition experience for parents going home from hospital with their infant after first stage surgery for complex congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 41, e23–e32.

Im, E. O. (2006). A situation-specific theory of Caucasian cancer patients’ pain experience. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 232–244.

Im, E. O. (2008). The situation-specific theory of pain experience for Asian American cancer patients. *Advances in Nursing Science*, 31(4), 319–331.

Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999). A situation-specific theory of Korean immigrant women’s menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 333–338.

Im, E. O., & Meleis, A. I. (2000). Meanings of menopause: Low-income Korean immigrant women. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1), 84–102.

Im, E. O., & Meleis, A. I. (2001). Women’s work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health*, 33(1/2), 83–103.

Im, E. O., Meleis, A. I., & Lee, K. (1999). Symptom experience of low-income Korean immigrant women during menopausal transition. *Women and Health*, 29(2), 53–67.

Korukcu, O., Deliktaş, A., & Kukulcu, K. (2017). Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *International Nursing Review*, 64(4), 593–601.

Madsen, R., Uhrenfeldt, L., & Birkelund, R. (2019). Transition experiences during courses of incurable cancer from the perspective of patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 38, 13–20.

Meleis, A. I. (1975). Role/insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24, 264–271.

Meleis, A. I. (1987). Role transition and health. *Kango Kenkyo: The Japanese Journal of Nursing Research*, 20(1), 69–89.

Meleis, A. I. (1991). Between two cultures: Identity, roles, and health. *Health Care for Women International*, 12, 365–378.

Meleis, A. I. (1997). Immigrant transitions and health care: An action plan. *Nursing Outlook*, 45(1), 42.

Meleis, A. I., & Rogers, S. (1987). Women in transition: Being vs. becoming or being and becoming. *Health Care for Women International*, 8, 199–217.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27, 11–18.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259.

- Messias, D. K. H. (2002). Transnational health resources, practices, and perspectives: Brazilian immigrant women's narratives. *Journal of Immigrant Health*, 4(4), 183–200.
- Rodrigues da Silva, C. R., Sousa, F., Machado Vale Lima, J. L., do Carmo Pinto, M., Correia de Brito, M. A., & da Cruz, I. M. (2017). Living with an ileostomy: A case study on the transition process. *Revista de Enfermagem Referência IV Série*, 111–120.
- Watson, N., & Pulliam, L. (2000). Transgenerational health promotion. *Holistic Nursing Practice*, 14(4), 1–11.
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(4), 406–417.
- Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., & Gresser, S., et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31–42.
- Wilkins, K. L., & Woodgate, R. L. (2006). Transition: A conceptual analysis in the context of siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(4), 256–265.
- Fuentes secundarias**
- Libros**
- Meleis, A. I. (2001). *Women's work, health and quality of life*. Binghamton: Haworth Press.
- Artículos de revistas**
- Davidson, P., Meleis, A. I., Daly, J., & Douglas, M. (2003). Globalization as we enter the 21st century: Reflections and directions for nursing education, science, research and clinical practice. *Contemporary Nurse*, 15(3), 162–174.
- Hattar-Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2000). A study of the spousal role of Egyptian women in clerical jobs. *Health Care for Women International*, 21(4), 305–317.
- Hattar-Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2003). Multiple role stress and patterns of coping of Egyptian women in clerical jobs. *Transcultural Nursing*, 14(2), 125–133.
- Im, E., & Meleis, A. I. (2001). An international imperative for gender-sensitive theories in women's health. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), 309–314.
- Jones, P. S., Jaceldo, K. B., Lee, J. R., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (2001). Role integration and perceived health in Asian American women caregivers. *Research in Nursing and Health*, 24, 133–144.
- Jones, P., & Meleis, A. I. (2002). Caregiving between two cultures: an integrative experience. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 202–209.
- Meleis, A. I. (2001). Small steps and giant hopes: Violence on women is more than wife battering. *Editorial Health Care for Women International*, 23, 313–315.
- Meleis, A. I. (2001). Women's work, health and quality of life: It is time we redefine women's work. *Women and Health*, 33(1/2), xv–xviii.
- Meleis, A. I. (2002). Whither international research? [Editorial]. *Journal of Nursing Scholarship, First Quarter*, 4–5.
- Meleis, A. I. (2003). Brain drain or empowerment. *Guest Editorial Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 105.
- Meleis, A. I. (2005). Shortage of nurses means a shortage of nurse scientists [Editorial]. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 111.
- Meleis, A. I. (2005). Safe womanhood is not safe motherhood: Policy implications. *Health Care for Women International*, 26(2), 464–471.
- Meleis, A. I. (2005). Arabs. In J. Lipson, & S. Dibble (Eds.), *Culture and clinical care: A practical guide* (pp. 42–57). San Francisco: University of California San Francisco Nursing Press.
- Meleis, A. I. (2006). Human capital in health care: A resource crisis of a caring crisis?. *Global Health Link*, 139(6–7), 21–22.
- Meleis, A. I., & Dracup, K. (2005). The case against the DNP: History, timing, substance, and marginalization. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 3.
- Meleis, A. I., & Fishman, J. (2001). Rethinking the work in health: Gendered and cultural expectations. *Editorial Health Care for Women International*, 22, 195–197.
- Meleis, A. I., Hall, J. M., & Stevens, P. E. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: Promoting diversity and collaborative mentorship. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 177–180.
- Meleis, A. I., & Im, E. (1999). Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry*, 6(2), 94–102.
- Meleis, A. I., & Im, E. O. (2002). Grandmothers and women's health: From fragmentation to coherence. *Health Care for Women International*, 23(2), 207–224.
- Meleis, A. I., & Lindgren, T. (2001). Show me a woman who does not work!. *Journal of Nursing. Third Quarter*, 209–210.
- Meleis, A. I., & Lipson, J. (2003). Cross-cultural health and strategies to lead development of nursing practice. In J. Daly, S. Speedy, & D. Jackson (Eds.), *Nursing leadership* (pp. 69–88). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Siantz, M. L., & Meleis, A. I. (2007). Integrating cultural competence into nursing education and practice: 21st century action steps. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 86–90.
- Van, P., & Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African-American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(1), 28–39.

Nola J. Pender: modelo de promoción de la salud

Jane C. Wilson*



Nola J. Pender
(1941-actualidad)

«Las teorías de nivel medio que han sido puestas a prueba en la investigación proporcionan evidencias para la práctica basada en la evidencia, facilitando así la traslación de la investigación en la práctica.»

(Nola J. Pender, comunicación personal, abril de 2008)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

El primer encuentro de Nola J. Pender con la enfermería profesional tuvo lugar a los 7 años de edad, cuando observó los cuidados de enfermería prestados a su tía hospitalizada. «La experiencia de ver a las enfermeras cuidar de mi tía enferma me generó fascinación hacia el trabajo enfermero», comentó Pender (comunicación personal, 6 de mayo de 2004). Esta experiencia y su formación posterior introdujeron en ella el deseo de cuidar de los demás y condicionaron su idea de que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a cuidar de ellas mismas. Pender contribuye al conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante sus investigaciones, docencia, presentaciones y escritos.

Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, Michigan. Fue hija única en una familia que defendía la formación femenina. Este ánimo familiar la llevó a diplomarse en Enfermería en la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital en Oak Park, Illinois. Eligió esta facultad por su relación con el Wheaton College y su sólida base cristiana. Recibió el diploma en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica y posteriormente en la unidad pediátrica de un hospital de Michigan (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004).

En 1964, Pender terminó su licenciatura en enfermería en la Michigan State University. Debe a Helen Penhale, ayudante del decano, su contribución a diseñar el programa que permitió sus opciones de ampliar los estudios. Como era frecuente en los

años sesenta, fue modificando su percepción de la enfermería conforme obtenía más títulos de graduado. Obtuvo un grado de máster en Crecimiento y Desarrollo Humano en la Michigan State University en 1965. «El máster en Crecimiento y Desarrollo condicionó mi interés por la salud a lo largo de toda la vida humana. Esta base contribuyó a la formación de un programa de investigación para niños y adolescentes», afirmó Pender. Completó el doctorado en Psicología y Educación en 1969 en la Northwestern University. Su tesis (1970) analizaba los cambios que se producen durante el desarrollo en los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en niños. Está agradecida al Dr. James Hall, asesor del programa doctoral, por «introducirme en la consideración de cómo piensan las personas y cómo dichos pensamientos motivan la conducta». Varios años después terminó un trabajo con nivel de máster en Enfermería de Salud Comunitaria en la Rush University (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004).

Tras obtener su doctorado, Pender observa un cambio en su forma de pensar hacia la definición del objetivo de los cuidados de enfermería como la salud óptima del individuo. Una serie de conversaciones mantenidas con la Dra. Beverly McElmurry de la Northern Illinois University y la lectura de *High-Level Wellness* de Halpert Dunn (1961) sirvieron como inspiración para ampliar sus nociones sobre la salud y la enfermería. Se casó con Albert Pender, profesor asociado de Empresariales y Económicas, que ha colaborado con ella en artículos sobre la economía de la asistencia sanitaria, y el nacimiento de un hijo y una hija aumentó todavía más su motivación personal para aprender más sobre cómo optimizar la salud humana.

En 1975, Pender publicó «A conceptual model for preventive health behavior» como base para estudiar cómo los individuos tomaban decisiones sobre el cuidado de su propia salud en

*Autoras anteriores: Teresa J. Sakraida y Lucy Anne Tillett. La autora agradece a Nola J. Pender la revisión de una versión anterior de este capítulo y el uso del perfil de Pender, N. J. (s. f.) UM, School of Nursing.

un contexto de enfermería. En este artículo se observó que los factores descritos en investigaciones previas influían sobre la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir la enfermedad. El modelo de promoción de la salud (MPS) original de Pender se presentó en la primera edición de su texto, *Health Promotion in Nursing Practice*, que se publicó en 1982. Las investigaciones posteriores permitieron revisar su MPS y presentarlo en una segunda edición en 1987 y otra tercera en 1996. La cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* tuvo como coautoras a Pender, Murdaugh y Parsons, y se publicó en 2002; la quinta edición se publicó en 2006, la sexta en 2010, la séptima en 2014, y más recientemente se ha publicado la octava edición por Murdaugh, Parsons y Pender (2018).

En 1988, Pender et al. realizaron un estudio en la Northern Illinois University, en DeKalb, financiado por los National Institutes of Health. Susan Walker, Karen Sechrist y Marilyn Frank-Stromborg comprobaron la validez del MPS (Pender et al., 1988). El equipo de investigación desarrolló el perfil de estilo de vida promotor de la salud, un instrumento utilizado para estudiar la conducta de fomento de la salud de los trabajadores adultos, los ancianos, los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca y los pacientes oncológicos ambulatorios (Pender et al., 2002). Los resultados de estos estudios apoyaron el MPS (Pender, comunicación personal, 19 de julio de 2000). Posteriormente, más de 40 estudios analizaron la capacidad predictiva del modelo de estilo de vida en cuanto a la promoción de la salud, el ejercicio, las prácticas nutricionales, el uso de protección auditiva y la evitación de la exposición ambiental al humo de tabaco (Pender, 1996; Pender et al., 2002).

Pender lideró el desarrollo de la investigación en enfermería en EE. UU. Su apoyo al National Center for Nursing Research dentro de los National Institutes of Health resultó clave para su formación. Ha fomentado la actividad académica en enfermería mediante su participación en el Sigma Theta Tau International, como presidenta de la Midwest Nursing Research Society entre 1985 y 1987 y también como directora del Cabinet on Nursing Research de la American Nurses Association. Desde 2009 es miembro del consejo de administración de la Midwest Nursing Research Society. Incorporada como miembro de la American Academy of Nursing en 1981, fue presidenta de esta academia desde 1991 a 1993. En 1998, fue contratada por un periodo de 4 años en el grupo de trabajo de los U.S. Preventive Services, un panel independiente encargado de evaluar las pruebas científicas y de hacer recomendaciones específicas por edad y riesgo para los servicios clínicos preventivos.

Como líder en la formación en enfermería, la Dra. Pender guió a muchos estudiantes y fue mentora de otros. A lo largo de sus más de 40 años como educadora, facilitó el aprendizaje de los alumnos de grado, máster y doctorado. Ha tutorizado a una serie de adjuntos tras el doctorado. En 1988, la Facultad de Enfermería de la University of Michigan honró a Pender con el Premio Mae Edna Doyle por la excelencia en la docencia. Es profesora distinguida de la Facultad de Enfermería de la Loyola University of Chicago.

La Dra. Pender ha recibido muchos premios y honores, y ha sido una docente distinguida en varias universidades. Recibió el doctorado *honoris causa* por la Universidad de Widener en 1992. En 1988 recibió el Premio a la Investigación Distinguida de la Midwest Nursing Research Society por sus aportaciones a la investigación y su liderazgo en este aspecto, y en 1997 recibió el Premio de la American Psychological Association por sus destacadas aportaciones a la enfermería y la psicología de la salud. Su obra ampliamente utilizada *Promotion in Nursing Practice* (Pender et al., 2002), recibió el Premio al Libro de la American Nurses Association por sus contribuciones a la enfermería en salud comunitaria.

Pender fue decana asociada de investigación en la Escuela de Enfermería de la University of Michigan de 1990 a 2001. En este puesto, facilitó la financiación externa de la investigación de la facultad, apoyó a centros emergentes de excelencia en investigación en la Escuela de Enfermería, promovió la investigación interdisciplinaria, apoyó la traducción de la investigación a la práctica basada en la ciencia y vinculó la investigación en enfermería a la formulación de políticas sanitarias. El centro de investigación sobre la conducta sanitaria de los niños y adolescentes iniciado en la University of Michigan en 1991 representa el esfuerzo de Pender por construir un gran equipo investigador multidisciplinario para estudiar e influir sobre las conductas promotoras de la salud de los individuos mediante la comprensión de cómo se establecieron dichas conductas en la juventud (Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). Su programa de investigación se centra en dos focos principales: 1) comprender cómo la autoeficacia condiciona las respuestas de agotamiento y afectiva (afecto relacionado con la actividad) de las adolescentes ante la actividad física, y 2) desarrollar un programa informático interactivo como intervención para aumentar el grado de actividad física en las adolescentes. El diseño de una intervención informatizada para el asesoramiento sobre actividad física dirigido a chicas adolescentes fue un programa de investigación dirigido por la Dra. Lorraine Robbins (Robbins et al., 2006).

Pender ha publicado numerosos artículos sobre el ejercicio, el cambio de conducta y el entrenamiento de relajación como aspectos de la promoción de la salud, ha formado parte de consejos editoriales y ha sido editora de revistas y libros. Pender es reconocida como docente, conferenciante y consultora en promoción de la salud. Ha ejercido como consultora de enfermeras científicas de Japón, Corea, México, Tailandia, República Dominicana, Jamaica, Inglaterra, Nueva Zelanda y Chile (Pender et al., 2006). Su libro ha sido traducido al japonés y al coreano (Pender, 1997a, 1997b). Pender sigue influyendo en la profesión de enfermería al ejercer su liderazgo como consultora de centros de investigación y de académicos. Como líder reconocida nacional e internacionalmente, Pender participa como ponente en conferencias y seminarios. Colabora con el editor del *American Journal of Health Promotion*, abogando por una legislación que financie la investigación en promoción de la salud (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004).

Los planes de Pender incluyen viajar para ofrecer asesoramiento y conferencias. Realiza algunas tareas docentes en la formación de grado, como cursos sobre las teorías de la enfermería y la escritura científica, como profesora distinguida de la Loyola University de Chicago (Pender, comunicación personal, 27 de febrero de 2008). Mediante correos electrónicos, ofrece orientación en programas de investigación universitaria.

FUENTES TEÓRICAS

La formación de Pender en enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y educación la llevó a utilizar una perspectiva holística de la enfermería, la psicología social y la teoría del aprendizaje como bases para el MPS. El MPS (fig. 21.1) integra varios constructos. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los

procesos cognitivos en el cambio de conducta, es fundamental para el MPS. La teoría del aprendizaje social, ahora llamada *teoría cognitiva social*, incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es un constructo central del MPS (Pender, 1996; Pender et al., 2002). El modelo de valor esperado de la motivación humana descrito por Feather (1982) propone que la conducta es racional y económica, y fue importante para el desarrollo del modelo.

El modelo de promoción de la salud es similar en su construcción al modelo de creencia en la salud (Becker, 1974), que explica la conducta de prevención de enfermedades; sin embargo, el MPS difiere del modelo de creencia en la salud en que no incluye el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta de salud. El MPS se expande para abarcar conductas orientadas a mejorar la salud y se aplica a lo largo de la vida (Murdaugh et al., 2018; Pender, 1996; Pender et al., 2002).

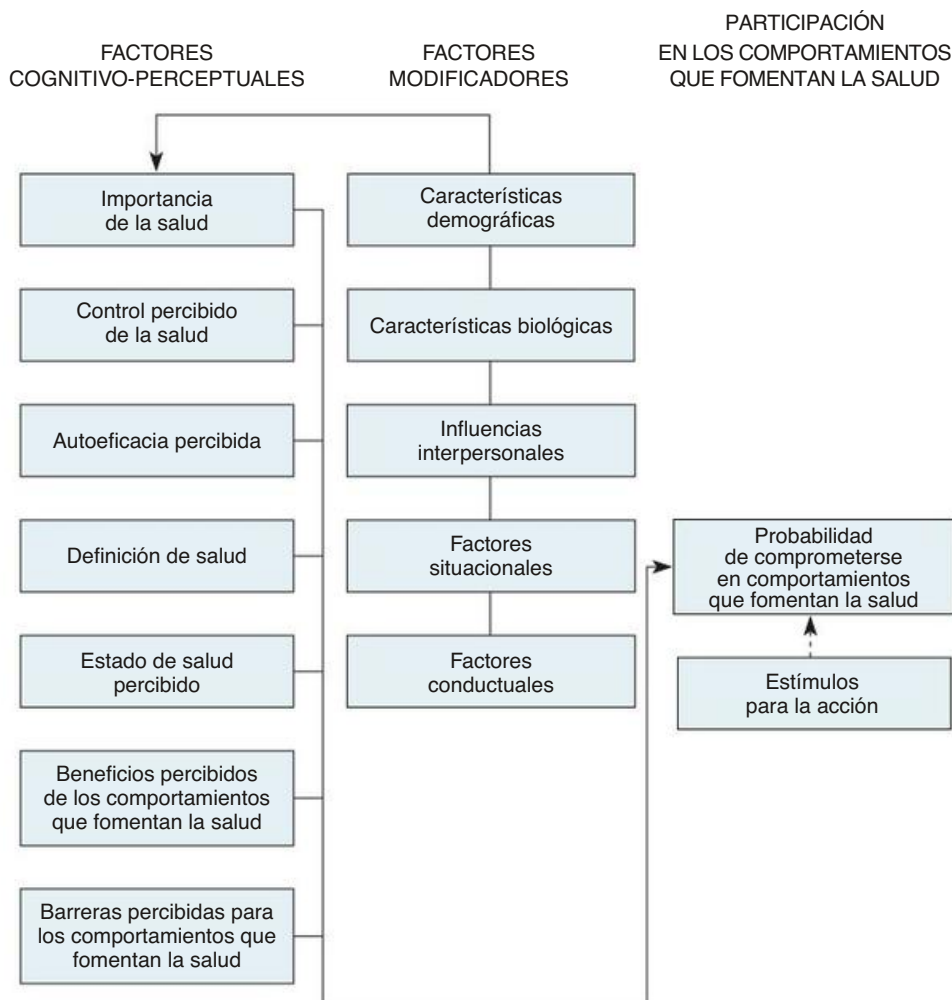


Fig. 21.1 Modelo de promoción de la salud. (Tomado de Pender, N. J. [1987]. *Health promotion in nursing practice* [2nd ed., p. 58]. New York: Appleton & Lange. Copyright Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.)

USO DE DATOS EMPÍRICOS

El MPS, tal y como se representa en la [figura 21.1](#), sirvió de marco para la investigación orientada a predecir estilos de vida que promueven la salud en general y comportamientos específicos, como el ejercicio y el uso de protección auditiva ([Pender, 1987](#)). Pender et al. realizaron un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para valorar el MPS en las siguientes poblaciones: 1) adultos trabajadores; 2) ancianos en la comunidad; 3) pacientes oncológicos ambulatorios, y 4) pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca. Estos estudios valoraron la validez del MPS ([Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000](#)). En la edición de 1996 de *Health Promotion in Nursing Practice* ([Pender, 1996](#)) se incluye un resumen de los resultados de estudios anteriores. En la quinta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* ([Pender et al., 2006](#)) se analizan estudios que ponen a prueba el modelo. La quinta edición y las ediciones posteriores incluyen la aplicación a poblaciones vulnerables diversas y su utilidad en la práctica basada en la evidencia.

La justificación de la revisión del MPS surgió de la investigación. El proceso de perfeccionamiento del MPS, publicado en 1987, dio lugar a varios cambios en el modelo ([Pender, 1996](#)) (v. [fig. 21.1](#)).

En primer lugar, se suprimieron la importancia de la salud, el control percibido de la salud y los estímulos para la acción. En segundo lugar, la definición de salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas se repositionaron como factores personales en la revisión de 1996 del MPS ([Pender, 1996](#)) y en la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* ([Pender et al., 2002](#)) ([fig. 21.2](#)). En tercer lugar, el MPS revisado (v. [fig. 21.2](#)) añadió tres nuevas variables que influyen en el individuo en relación con la adopción de conductas de promoción de la salud ([Pender, 1996](#)):

- Afecto relacionado con la actividad.
- Compromiso con un plan de acción.
- Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata.

El MPS revisado se centra en 10 categorías de determinantes de las conductas de promoción de la salud. El modelo revisado identifica conceptos relevantes para las conductas de

promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis comprobables ([Pender et al., 2002](#)).

El MPS proporciona un paradigma para el desarrollo de instrumentos. Las escalas Health Promoting Lifestyle Profile y Exercise Benefits-Barriers Scale (EBBS) son dos ejemplos.* Estos instrumentos sirven para poner a prueba el uso del modelo y respaldar el posterior desarrollo del modelo.

El propósito del instrumento Health Promoting Lifestyle Profile es medir el estilo de vida de promoción de la salud ([Pender, 1996](#)). El Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP-II) es una revisión del instrumento original para la investigación.† Este instrumento de 52 ítems y cuatro puntos de tipo Likert tiene seis subescalas: 1) responsabilidad en la salud; 2) actividad física; 3) nutrición; 4) relaciones interpersonales; 5) crecimiento espiritual, y 6) gestión del estrés. Se puede calcular la media de cada subescala, o bien calcular una media total para indicar el estilo de vida promotor de la salud en general ([Walker et al., 1987](#)). Este instrumento proporciona una evaluación del estilo de vida promotor de la salud en las personas y es utilizado por las enfermeras en la práctica clínica para dar apoyo y formación a los pacientes.

El MPS identifica los factores cognitivos y perceptuales como principales determinantes de la conducta de promoción de la salud. La EBBS es una medida de los factores cognitivos y perceptuales de los beneficios percibidos y las barreras percibidas para el ejercicio ([Sechrist et al., 1987](#)). El instrumento de 43 aspectos, con cuatro puntos de tipo Likert, consiste en una escala de beneficios con 29 aspectos y una escala de barreras con 14, que pueden evaluarse de forma separada o conjunta. Cuanto más alta sea la puntuación global en el instrumento de 43 ítems, más positivamente percibe el individuo los beneficios del ejercicio en relación con las barreras percibidas para hacerlo ([Sechrist et al., 1987](#)). La EBBS resulta útil en clínica para evaluar las percepciones frente al ejercicio.

*El EBBS está disponible en la sección de documentos del sitio web de la Universidad de Michigan Deep Blue <http://deepblue.lib.umich.edu/>.

†El HPLP-II puede obtenerse en la Escuela de Enfermería del Centro Médico de la Universidad de Nebraska en <https://www.unmc.edu/nursing/faculty/health-promoting-lifestyle-profile-II.html>.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Los principales conceptos y definiciones presentados aquí se encuentran en el modelo de promoción de la salud revisado ([Pender et al., 2006](#)).

Conducta relacionada previa

El comportamiento relacionado anterior se refiere a la frecuencia de conductas iguales o similares en el pasado. Esto tiene efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de que la persona adopte conductas que fomenten la salud.

Factores personales

Los factores personales se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictores de una

conducta determinada y vienen modulados por la naturaleza del comportamiento diana que se esté planteando.

Factores biológicos personales

Entre los factores biológicos personales se incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado puberal, el estado menopáusico, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Factores psicológicos personales

Los factores psicológicos personales incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Factores socioculturales personales

Entre los factores socioculturales se incluyen la raza, la etnia, la aculturación, el nivel educativo y el nivel socioeconómico.

Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta

Los siguientes son aspectos cognitivos y afectos específicos de la conducta que se consideran de gran importancia para la motivación; estas variables son modificables mediante acciones de enfermería (Pender, 1996).

Beneficios percibidos de la acción

Los beneficios percibidos de la acción son los resultados positivos anticipados que se derivarán de una conducta de salud.

Barreras percibidas para la acción

Las barreras percibidas para la acción son los bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de emprender una conducta determinada.

Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida es un juicio sobre la capacidad personal para organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras percibidas para la acción, de forma que una eficacia más alta determina una menor percepción de las barreras para conseguir realizar la conducta.

Afecto relacionado con la actividad

Un afecto relacionado con la actividad describe los sentimientos subjetivos positivos o negativos que se producen antes, durante y después de la conducta, basados en las propiedades de estímulo de la propia conducta. El afecto relacionado con la actividad influye sobre la autoeficacia percibida, lo que implica que, cuanto más positivo sea el sentimiento subjetivo, mayor será la sensación de eficacia. A su vez, el aumento del sentimiento de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

Influencias interpersonales

Estas influencias son aspectos cognitivos relativos a las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de personas significativas), apoyo social (estimulación instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario mediante la observación de otras personas que practican una conducta determinada). Las principales fuentes de estas influencias

interpersonales son las familias, los compañeros/amigos y los profesionales sanitarios.

Influencias situacionales

Las influencias situacionales son percepciones y aspectos cognitivos personales ante cualquier situación o contexto dado, que pueden facilitar u obstaculizar la conducta. Incluyen percepciones de las opciones disponibles, características exigidas y rasgos estéticos del entorno en el cual se plantea realizar una conducta promotora de la salud determinada. Las influencias situacionales pueden condicionar la conducta de salud de forma directa o indirecta.

Antecedentes inmediatos de la conducta y de sus resultados

Los siguientes son los antecedentes inmediatos de la conducta o de sus resultados. Una conducta se inicia mediante un compromiso para la acción salvo que exista una exigencia contraria que no se pueda evitar o una preferencia competitiva que no sea posible resistir (Pender, comunicación personal, 19 de julio de 2000).

Compromiso con un plan de acción

Este compromiso describe el concepto de intención y la identificación de una estrategia planificada que lleva a la implementación de una conducta de salud.

Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata

Las exigencias competitivas son conductas alternativas sobre las que los individuos tienen poco control porque existen contingencias ambientales, como las responsabilidades laborales o de cuidado de la familia. Las preferencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos ejercen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para un tentempié.

Conducta de promoción de la salud

Una conducta de promoción de la salud es un punto final o un resultado de la acción que se dirige a la consecución de resultados positivos para la salud, como el bienestar óptimo, la satisfacción personal y una vida productiva. Los ejemplos de conductas de promoción de la salud son la ingesta de una dieta saludable, la práctica regular de ejercicio, el control del estrés, el logro de un reposo y un crecimiento espiritual adecuados, y la formación de relaciones positivas.

PRINCIPALES PREMISAS

Las premisas reflejan la perspectiva de las ciencias conductuales y hacen hincapié en el papel activo del paciente en la gestión de las conductas de salud mediante la modificación del contexto del entorno. En la tercera edición de *Health*

Promotion in Nursing Practice, Pender (1996) afirmó que las principales premisas del MPS en relación con la persona, el entorno y la salud son las siguientes:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida que les permitan expresar su potencial único de salud humana.

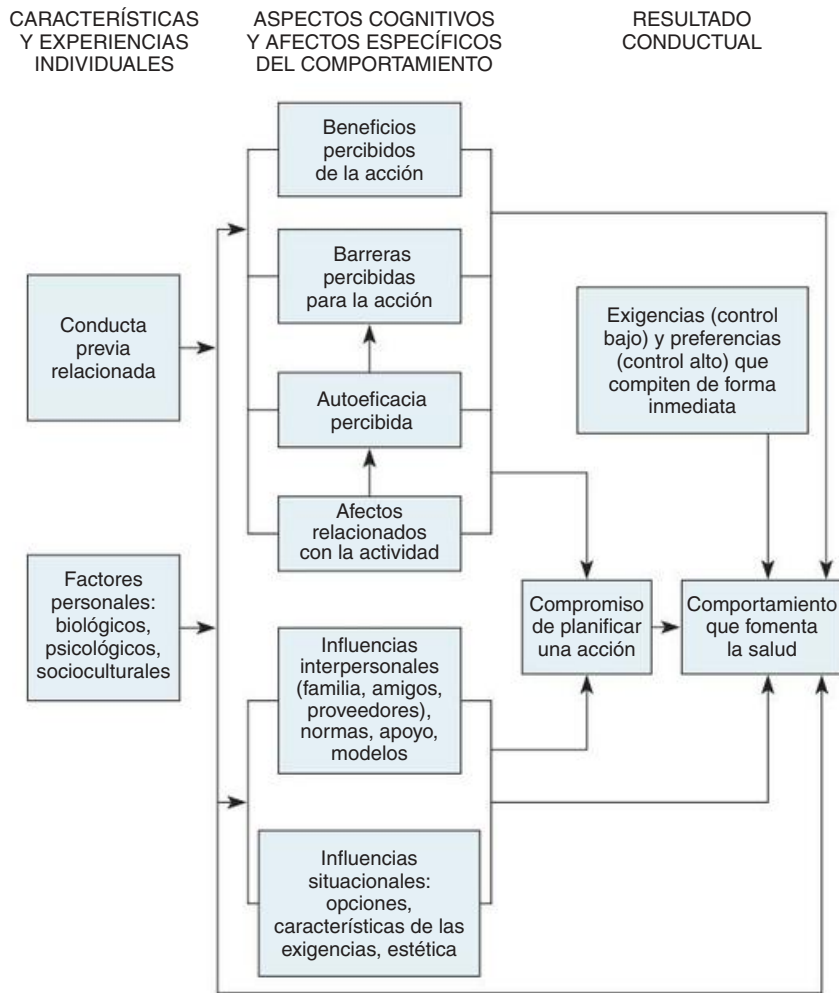


Fig. 21.2 Modelo de promoción de la salud revisado. (Tomado de Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. [2002]. *Health promotion in nursing practice* [4th ed.]. ©2002. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.)

2. Las personas tienen capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la evaluación de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en direcciones consideradas positivas e intentan alcanzar un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos tratan de regular activamente su propio comportamiento.
5. Los individuos, en toda su complejidad biopsicosocial, interactúan con el entorno, transformándolo progresivamente y transformándose a su vez con el tiempo.
6. Los profesionales sanitarios constituyen una parte del entorno interpersonal, que influye sobre las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración autoiniciada de los patrones interactivos persona-entorno es esencial para lograr un cambio de conducta (pp. 54–55).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El modelo describe la naturaleza polifacética de las personas que interactúan con el entorno en su búsqueda de la salud. El MPS tiene un enfoque orientado a competencias o a enfoques (Pender, 1996). La promoción de la salud está motivada por el deseo de mejorar el bienestar y materializar el potencial humano (Pender, 1996). En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1982) afirma que los complejos procesos biopsicosociales motivan a los individuos a participar en conductas dirigidas a mejorar su salud. En la cuarta edición de esta obra aparecieron catorce afirmaciones teóricas (Pender et al., 2002):

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la adopción de conductas de promoción de la salud.

2. Las personas se comprometen a adoptar conductas de las que anticipen obtener beneficios con un valor personal.
3. Las barreras percibidas pueden limitar el compromiso con la acción, el mediador de la conducta y la conducta real.
4. La competencia o autoeficacia percibida para ejecutar una determinada conducta aumenta la probabilidad de compromiso con la acción y la materialización real de la conducta.
5. Una mayor autoeficacia percibida se traduce en menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta da lugar a una mayor autoeficacia percibida, lo que a su vez puede dar lugar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando se asocian emociones o afectos positivos a una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan y participen en conductas de promoción de la salud cuando sus allegados ejemplifican la conducta, esperan que se produzca la conducta y les proporcionan ayuda y apoyo para hacerla posible.
9. Las familias, los compañeros y los profesionales sanitarios son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden aumentar o disminuir el compromiso y la participación en la conducta de promoción de la salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta de promoción de la salud.
11. Cuanto mayor sea el compromiso con un plan de acción específico, más probable será que las conductas de promoción de la salud se mantengan con el tiempo.
12. Es menos probable que el compromiso con un plan de acción dé lugar a la conducta deseada cuando las exigencias en competencia sobre las que las personas tienen poco control requieren atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso con un plan de acción se traduzca en la conducta deseada cuando otras acciones son más atractivas y, por tanto, se prefieren a la conducta objetivo.
14. Las personas pueden modificar los aspectos cognitivos, los afectos y los entornos interpersonal y físicos para crear incentivos para las acciones de salud (pp. 63–64).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

El MPS fue formulado a través de la inducción mediante el uso de las investigaciones disponibles para generar un patrón de conocimientos sobre la conducta de salud. El MPS es un modelo conceptual a partir del cual se pueden desarrollar teorías de nivel medio. Se formuló con la intención de integrar lo que se sabe sobre las conductas de promoción de la salud y generar preguntas que obligan a hacer más estudios. Este modelo ilustra cómo un marco de investigación previo se ajusta y permite manejar los conceptos para estudios posteriores.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

El bienestar como especialidad de la enfermería ha cobrado importancia, y la práctica clínica actual más avanzada incluye la formación en promoción de la salud. Los profesionales de enfermería consideran que el MPS es relevante, ya que se aplica a lo largo de la vida y es útil en una variedad de entornos (Pender, 1996; Pender et al., 2002). El modelo aplica la formación de asociaciones comunitarias teniendo en cuenta el contexto del entorno y se extiende a la promoción de la salud global (Murdaugh et al., 2018; Pender et al., 2010).

El interés clínico por las conductas de salud representa un cambio filosófico que hace hincapié en la calidad de vida junto a la salvación de vidas. Además, la sociedad sufre cargas económicas, humanas y ambientales cuando los individuos no participan en la prevención y la promoción de la salud. El MPS aporta una solución de enfermería a la política sanitaria y la reforma sanitaria aportando un medio para comprender cómo se puede motivar a los pacientes a conseguir su salud personal. La utilidad del modelo en la práctica de la enfermería está ilustrada por Valek et al. (2016), quienes aplicaron el MPS para desarrollar una intervención que permitiera los profesionales controlar los factores psicológicos asociados con el mantenimiento de la pérdida de peso en los pacientes.

Formación

El MPS se utiliza ampliamente en la formación de posgrado y cada vez más en el grado de enfermería en EE. UU. (Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). En el pasado, la promoción de la salud se situaba por detrás de la atención a la enfermedad porque la formación clínica se llevaba a cabo principalmente en entornos de cuidados agudos (Pender et al., 1992). El MPS se incorpora cada vez en el plan de estudios de enfermería como uno de los aspectos de la evaluación de la salud, la enfermería en salud comunitaria y los cursos centrados en el bienestar (Pender, comunicación personal, 24 de mayo de 2000). Cada vez hay más iniciativas internacionales para integrar el MPS en los planes de estudios de enfermería (Pender, comunicación personal, 6 de mayo de 2004; Pender et al., 2002).

Investigación

El MPS es una herramienta de investigación. La investigación de Pender y otros investigadores ha analizado y confirmado la precisión empírica de este modelo. El perfil de estilo de vida que promueve la salud, derivado del modelo, sirve como definición operativa para las conductas de promoción de la salud. Basado en el perfil de estilo de vida promotor de la salud, el perfil de estilo de vida de los adolescentes demuestra la adaptabilidad del MPS a lo largo de la vida (Hendricks et al., 2006). El MPS tiene aplicaciones que ponen de manifiesto la importancia de la evaluación de los factores que se cree que influyen en los cambios de las conductas de salud. Wilk et al. (2013) estudiaron los patrones de sudoración entre chicas púberes durante el ejercicio y Bryer et al. (2013) realizaron una encuesta sobre las conductas de salud de

los estudiantes de pregrado de enfermería. Sería adecuado realizar más estudios de investigación para valorar el contexto ambiental y ampliar su aplicación para generar estrategias de promoción de la salud globales.

EVOLUCIÓN

El modelo se sigue perfeccionando (Murdaugh et al., 2018) y se sigue poniendo a prueba su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree que influyen en los cambios en una amplia gama de conductas de salud. Actualmente existe suficiente apoyo empírico para las variables del modelo en algunas conductas, lo que permite diseñar y realizar estudios de intervención para analizar las intervenciones de enfermería basadas en este.

Lusk et al. (1999a, 1999b) utilizaron importantes predictores del uso de protección auditiva por parte de los trabajadores de la construcción a partir del MPS (autoeficacia, barreras, influencias interpersonales e influencias situacionales) para desarrollar un programa interactivo basado en videos para aumentar su uso. Este amplio estudio multicéntrico reveló que la intervención aumentó el uso de la protección auditiva de los trabajadores en un 20% en comparación con el grupo sin intervención, una mejora estadísticamente significativa con respecto a la situación de partida (Lusk et al., 1999a). Los estudios de intervención, como los realizados por Wilk et al. (2013) y Padden et al. (2013), y las aplicaciones prácticas como la llevada a cabo por Valek et al. (2016), representan el uso del modelo para generar y utilizar la ciencia de la enfermería.

La teoría de Pender sobre la promoción de la salud sigue fomentando la investigación a nivel mundial con diversos grupos de pacientes; algunos ejemplos son los pacientes cardiovasculares (Majlessi et al., 2019; Sibel y Argon, 2018), el embarazo (Bahabadi et al., 2020; Sari y Altay, 2020) y la obesidad (Khodaveisi et al., 2017). Otros temas de investigación son la seguridad en el lugar de trabajo (Keele, 2019) y la relación de la religiosidad con la conducta de salud (Cyphers et al., 2017). Por último, muchos estudiantes de doctorado han utilizado la promoción de la salud de Pender en sus tesis y proyectos de investigación (que figuran en la bibliografía).

CRÍTICA

Claridad

Las definiciones conceptuales aportan claridad y facilitan la comprensión de la complejidad de los fenómenos de las conductas de salud. Los diagramas visuales ilustran claramente las relaciones (v. fig. 21.2).

RESUMEN

El movimiento hacia una mayor responsabilidad y rendición de cuentas para el éxito en las prácticas de salud personal requiere el apoyo de la profesión de enfermera a través del desarrollo de la práctica basada en la evidencia. El MPS evolucionó a partir de un programa de investigación sustantivo y

Sencillez

El MPS es fácil de entender. Los factores de cada grupo están vinculados lógicamente y las relaciones quedan aclaradas en las afirmaciones teóricas. El conjunto de factores, que son influencias directas o indirectas, resultan evidentes en los diagramas visuales que muestran las asociaciones. Los factores parecen independientes, pero los grupos tienen un efecto interactivo que determina su acción.

Generalidad

El modelo es de nivel medio. Es muy generalizable a poblaciones adultas. La investigación utilizada para generar el modelo se basó en hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, y enfermos y sanos. La agenda para la investigación prevé su aplicación en diversas situaciones. Un programa de investigación puso a prueba la aplicabilidad del modelo en niños de 10 a 16 años (Robbins et al., 2006). Las consideraciones culturales y a la diversidad apoyan la evaluación del modelo en distintas poblaciones.

Accesibilidad

Pender et al. han apoyado el modelo mediante pruebas empíricas como marco para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida promotor de la salud es un instrumento utilizado para evaluar las conductas promotoras de la salud (Pender et al., 2006). El modelo sigue evolucionando gracias a programas de investigación planificados. Las investigaciones empíricas que se siguen realizando, sobre todo los estudios de intervención, permiten refinar todavía más el modelo. Los focos de investigación siguen centrados en las estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia y eficaces, que ayudan al individuo dentro del contexto de la comunidad (Murdaugh et al., 2018).

Importancia

Pender identificó la promoción de la salud como un objetivo para el siglo XXI, al igual que la prevención de enfermedades fue una tarea del siglo XX. El modelo describe la interacción entre la enfermera y el paciente al tiempo que considera el papel del entorno en la promoción de la salud (Pender et al., 2010). Pender respondió al entorno político, social y personal de su época para clarificar el papel de las enfermeras en la realización de servicios de promoción de la salud para las personas de todas las edades. El modelo fomenta la reflexión sobre las oportunidades futuras y condiciona el uso de los avances tecnológicos, como la historia clínica electrónica, como medios para lograr la prevención y la promoción de la salud (Murdaugh et al., 2018).

sigue aportando orientaciones para mejorar las prácticas de salud. El modelo orienta las investigaciones en diversas poblaciones. El liderazgo visionario de Pender ha influido en la formación, la investigación y la política de promoción de la salud.

CASO CLÍNICO

Tomás, un estudiante de posgrado de 26 años de ascendencia cubana, acude al consultorio de la universidad para hablar de su problema de peso. Le dice que quiere tener más aspecto de ejecutivo y quiere tener más energía. Dice que está cansado de verse la tripa protruir por encima del cinturón. En la exploración física se observa que Tomás mide 1,80 m y pesa 120 kg, además de padecer una ligera hipertensión (132/90 mmHg). Su madre tiene antecedentes de diabetes mellitus, y le dice que su familia tiene hipertensión. Su padre de 64 años sufrió un ataque cardíaco hace 1 año. El electrocardiograma del paciente muestra ritmo sinusal normal. No fuma. Dice que tiene un alto nivel de estrés, porque está trabajando en el doctorado. Tomás sale para realizarse una serie de análisis y queda en volver a la semana siguiente. Usted empieza a hacer algunos planes preliminares.

El análisis de este caso ilustra el proceso de pensamiento crítico con el modelo de promoción de la salud para la atención de Tomás:

1. ¿Qué recursos de Internet adecuados al estado del conocimiento científico podría usar para planificar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud?
 - La Agency for Healthcare Research and Quality ofrece una «Guía de servicios preventivos clínicos» que recoge las últimas recomendaciones disponibles sobre intervenciones preventivas: pruebas de detección selectiva, asesoramiento, vacunas y pautas de tratamiento para más de 80 afecciones. En el sitio web (<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>) se pueden consultar las revisiones periódicas específicas para cada edad en función del sexo y de los factores de riesgo individuales. El apartado dedicado a los pacientes incluye archivos descargables.
 - *Healthy People 2020* incluye un amplio conjunto de objetivos de prevención de enfermedades y promoción de la salud desarrollados para mejorar la salud de toda la población de EE. UU. durante la primera década del siglo XXI.
 - El sitio web del Department of Health and Human Services estadounidense contiene información sobre seguridad y bienestar, entre otros aspectos (<http://www.hhs.gov>). La información pertinente se puede encontrar en la categoría sobre prevención.

2. ¿Cuáles fueron algunos de los datos emocionales y conductuales que le sugirieron que Tomás estaba preparado para un plan de pérdida de peso?
 - Tomás demostró autodirección porque acudió a la clínica por su cuenta.
 - Le dijo que quería tener más aspecto de ejecutivo y tener más energía.
 - Dijo que estaba harto de ver que la tripa sobresalía por encima del cinturón.
 - Afirmó que tenía un nivel de estrés alto.
3. Al establecer un plan de cambio de conducta con Tomás, ¿cuáles son los facilitadores interpersonales y las posibles barreras respecto al cambio?
 - Los *facilitadores* son la autodirección, la motivación por los antecedentes familiares y el deseo de cambio.
 - Las *posibles barreras* incluyen el hecho de que los estudiantes de posgrado pueden tener recursos financieros limitados y un nivel de estrés alto, por lo que Tomás puede pensar que tiene poco tiempo para la actividad física, y posiblemente utilice la comida como mecanismo de afrontamiento. (Está indicada una evaluación adicional para validar las barreras.)
4. Enumere algunas alternativas en el plan de cambio de conducta que comentará con Tomás en la próxima visita. En general, comente la dieta, la actividad física y la gestión del estrés.
 - Celebre un contrato conductual como compromiso con un plan de acción. En el plan, establezca un objetivo de pérdida de peso a largo plazo y unos objetivos de progreso a corto plazo.
 - Revise los tipos de alimentos que le gustan y evalúe las preocupaciones dietéticas, si las hay.
 - Comente las formas de aumentar la actividad física, determine cuáles son las actividades que pretende llevar a cabo, y establezca un calendario.
 - Derive al paciente al entrenador de actividad física del campus.
 - Comente los métodos de gestión del estrés.
 - Establezca un seguimiento.
 - Programe controles de peso cada semana.
 - Comience un plan de recompensas por el esfuerzo.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Identifique una conducta que promueva la salud y que usted personalmente no practique. ¿Qué factores han contribuido a su decisión de no practicarla?
2. Describa los factores que contribuyen a su participación en una actividad de promoción de la salud. Compare cada uno de sus factores con los del MPS.
3. Considere su propia filosofía de la salud y describa el bienestar. ¿Es más importante la ausencia de enfermedad que las afirmaciones positivas y activas de salud?
4. Anticipe las conductas de promoción de la salud que considere importantes en las distintas etapas del desarrollo a lo largo de la vida. ¿Qué temas de promoción de la salud incluye en su práctica?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2018). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson Education Canada.
- Pender, N. J. (octubre de 1986). *Enhancing wellness through nursing research* (grabación en vídeo). Grabado en la Nursing Conference, del 16 al 17 de octubre, en Memphis, TN. Disponible a través de la Facultad de Enfermería de la University of Tennessee, Memphis.
- Pender, N. J. (mayo de 1989). *Expressing health through beliefs and actions* (grabación en vídeo). Grabado en directo en la Discovery International, Inc., durante la Nurse Theorist Conference, del 11 al 12 de mayo, en Pittsburgh. Disponible a través de Meetings International, Louisville, KY.
- Pender, N. J. (2008). *Portraits of excellence: The nurse theorists*, vol. 2. Athens, Ohio: Fitne, Inc.

BIBLIOGRAFÍA

- Bahabadi, F. J., Estebsari, F., Rohani, C., Khalifeh Kandi, Z. R., Sefidkar, R., & Mostafaei, D. (2020). Predictors of health-promoting lifestyle in pregnant women based on Pender's health promotion model. *International Journal of Women's Health*, 12, 71–77.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191–215.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Bryer, J., Cherkis, F., & Raman, J. (2013). Health-promotion behaviors of undergraduate nursing students: A survey analysis. *Nursing Education Perspectives*, 34(6), 410–415.
- Cyphers, N., Clements, A., & Lindseth, G. (2017). The relationship between religiosity and health-promoting behaviors in pregnant women. *Western Journal of Nursing Research*, 39(11), 1429–1446.
- Dunn, H. L. (1961). *High-level wellness*. Arlington, VA: Beatty.
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N. (2006). The adolescent lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Association*, 17(1), 1–5.
- Keele, R. (2019). To role model or not? Nurses' challenges in promoting a healthy lifestyle. *Workplace Health & Safety*, 67(12), 584–591.
- Khodaveisi, M., Omid, A., Farokhi, S. H., & Soltanian, A. R. (2017). The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(2), 165–174.
- Lusk, S. L., Hong, O. S., Ronis, S. L., Eakin, B. L., Kerr, M. J., & Early, M. R. (1999a). Effectiveness of an intervention to increase construction worker's use of hearing protection. *Human Factors*, 41(3), 487–494.
- Lusk, S. L., Kwee, M. J., Ronis, D. L., & Eakin, B. L. (1999b). Applying the health promotion model to development of a worksite intervention. *American Journal of Health Promotion*, 13(4), 219–226.
- Majlessi, F., Ghaffari, R., Mohsenipouya, H., Nesarhosseini, V., Yazdani-Charati, J., & Naghibi, S. (2019). Effect of self-care education on patients' quality of life after coronary artery bypass graft based on Pender's health promotion model. *Health Education and Health Promotion*, 7(1), 15–20.
- Padden, D. L., Connors, R. A., Posey, S. M., Ricciardi, R., & Agazio, J. G. (2013). Factors influencing a health promoting lifestyle in spouses of active duty military. *Health Care for Women International*, 34(8), 674–693.
- Pender, N. J. (1970). *A developmental study of conceptual, semantic differential, and acoustical dimensions as encoding categories in short-term memory* [Doctoral dissertation, Northwestern University]. *Dissertation Abstracts International*, A, 30(10), 4283.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1997a). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange [Japanese translation].
- Pender, N. J. (1997b). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange [Korean translation].
- Pender, N. J. (2020). *Faculty-Staff profile*. University of Michigan School of Nursing. <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
- Pender, N. J., Baraukas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., & Anderson, E. T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106–120.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2010). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Stromborg, M. F. (1988). Development and testing of the health promotion model. *Cardiovascular Nursing*, 24(6), 41–43.

- Robbins, L. B., Gretebeck, K. A., Kazanis, A. S., & Pender, N. J. (2006). Girls on the Move program to increase physical activity participation. *Nursing Research*, 55(3), 206–216.
- Sari, C., & Altay, N. (2020). Effects of providing nursing care with web-based program on maternal self-efficacy and infant health. *Public Health Nursing*, 37(3), 380–392.
- Sechrist, K. R., Walker, S. N., & Pender, N. J. (1987). Development and psychometric evaluation of the exercise/barriers scale. *Research in Nursing and Health*, 10, 357–365.
- Sibel, S., & Argon, G. A. (2018). Application of Pender's health promotion model to post-myocardial infarction patients in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 409–418.
- Valek, R. M., Greenwald, B. J., & Lewis, C. C. (2016). Psychological factors associated with weight loss maintenance. *Nursing Science Quarterly*, 28(2), 129–135.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76–80.
- Wilk, B., Pender, N., Volterman, K., Bar-Or, O., & Timmons, B. W. (2013). Influence of pubertal stage on local sweating patterns of girls exercising in the heat. *Pediatric Exercise Science*, 25(2), 212–220.
- Garcia, A. W., Pender, N. J., Antonakos, C. L., & Ronis, D. L. (1998). Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. *Journal of Adolescent Health*, 5, 394–402.
- Pender, N. J. (1975). A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook*, 23(6), 385–390.
- Pender, N. J. (1984). Physiologic responses of clients with essential hypertension to progressive muscle relaxation training. *Research in Nursing and Health*, 7, 197–203.
- Pender, N. J. (1985). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and health locus of control among hypertensive adults. *Research in Nursing and Health*, 8, 67–72.
- Pender, N. J. (1988). Research agenda: Identifying research ideas and priorities. *American Journal of Health Promotion*, 2(4), 42–51.
- Pender, N. J. (1988). Research agenda: The influences of health policy on an evolving research agenda. *American Journal of Health Promotion*, 2(3), 51–54.
- Pender, N. J. (1989). Health promotion in the workplace: Suggested directions for research. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 38–43.
- Pender, N. J. (1990). Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 115–122.
- Pender, N. J. (1990). Research agenda: A revised research agenda model. *American Journal of Health Promotion*, 4(3), 220–222.
- Pender, N. J. (1992). Making a difference in health policy. *Nursing Outlook*, 40(3), 104–105.
- Pender, N. J. (1992). The NIH strategic plan: How will it affect the future of nursing science and practice. *Nursing Outlook*, 40(2), 55–56.
- Pender, N. J. (1992). Reforming health care: Future direction. *Nursing Outlook*, 40(1), 8–9.
- Pender, N. J. (1993). Creating change through partnerships. *Nursing Outlook*, 41(1), 8–9.
- Pender, N. J. (1993). Health care reform: One view of the future. *Nursing Outlook*, 41(2), 56–57.
- Pender, N. J. (1993). Reaching out. *Nursing Outlook*, 41(3), 103–104.
- Pender, N. J., Barkaukas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., & Anderson, E. T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106–112, 120.
- Pender, N. J., Bar-Or, O., Wilk, B., & Mitchell, S. (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing Research*, 51(2), 86–91.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1980). Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: Predicting potential consumers. *American Journal of Public Health*, 70(8), 798–803.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research*, 35(1), 15–18.
- Pender, N. J., Sechrist, K. R., Stromborg, M., & Walker, S. N. (1987). Collaboration in developing a research program grant. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 19(2), 75–77.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Artículos de revistas

- Adeyemi, A. A., Jarad, F., Pender, N., & Higham, S. M. (2007). Assessing the efficacy of denture cleaners with quantitative light-induced fluorescence (QLF). *European Journal of Prosthodontics & Restorative Dentistry*, 15(4), 165–170.
- Eden, K. B., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., Pender, N. J., & Teutsch, S. M. (2002). Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 137(3), E208–E215.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science and Medicine*, 31(10), 1159–1168.
- Garcia, A. W., Broda, M. A. N., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D. L. (1995). Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior. *Journal of School Health*, 65(6), 213–219.
- Garcia, A. W., Broda, M. A. N., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D. L. (1997). Gender differences: Exercise beliefs among youth. *Reflections*, 23(1), 21–22.

- Pignone, M. P., Ammerman, A., Fernandez, L., Orleans, C. T., Pender, N., Woolf, S., et al. (2003). Counseling to promote a healthy diet in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 75–92.
- Robbins, L. B., Pender, N. J., Conn, V. S., Frenn, M. D., Neuberger, G. B., Nies, M. A., et al. (2001). Physical activity research in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), 315–321.
- Robbins, L. B., Pender, N. J., & Kazanis, A. S. (2003). Barriers to physical activity perceived by adolescent girls. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(3), 206–212.
- Robbins, L. B., Pender, N. J., Ronis, D. L., Kazanis, A. S., & Pis, M. B. (2004). Physical activity, self-efficacy, and perceived exertion among adolescents. *Research in Nursing & Health*, 27(6), 435–446.
- Robbins, L. B., Pis, M. B., Pender, N. J., & Kazanis, A. S. (2004). Exercise self-efficacy, enjoyment, and feeling states among adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 699–715. discussion 716–621.
- Robbins, L. B., Pis, M. B., Pender, N. J., & Kazanis, A. S. (2004). Physical activity self-definition among adolescents. *Research & Theory for Nursing Practice*, 18(4), 317–330.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. *Nursing Research*, 39(5), 268–273.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267–284.
- Wu, T. Y., & Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: An application of the health promotional model. *Research in Nursing & Health*, 25(1), 25–36.
- Wu, T. Y., Pender, N., & Yang, K. P. (2002). Promoting physical activity among Taiwanese and American adolescents. *Journal of Nursing Research*, 10(1), 57–64.
- Wu, T. Y., Ronis, D. L., Pender, N., & Jwo, J. (2002). Development of questionnaires to measure physical activity cognitions among Taiwanese adolescents. *Preventive Medicine*, 35(1), 54–64.
- Fuentes secundarias**
- Tesis doctorales**
- Alatrash, M. H. (2015). *Behaviors and views of three Arab American women subgroups regarding breast cancer screening: A comparative study*. [Doctoral dissertation, Azusa Pacific University]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3727060).
- Anderson, J. K. (2008). *Predictors of health promoting behaviors and health-related quality of life in post myocardial infarction adults*. [Doctoral dissertation, Texas Woman's University]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3323645).
- Browning, G. A. (2011). *Health promotion and the older rural adult*. University of New Mexico. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3498672).
- Cyphers, N. A. (2015). *The relationship between religiosity and health-promoting behaviors of pregnant women at pregnancy resource centers*. University of North Dakota. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3724837).
- Davis, L. (2013). *The effects of cardiovascular education on knowledge and perceptions of self-efficacy to implement behavior change among African Americans in a church setting* [Doctoral dissertation, Western University of Health Sciences]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3568213).
- Douchand Brown, S. E. (2009). *Health promotion behaviors among African American women*. University of Miami. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3358233).
- Espelin, J. M. (2010). *Substance abuse education for undergraduate nursing students: A target approach to program evaluation*. University of Connecticut. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3429222).
- Gautam, B. (2011). *Factors predicting exercise behavior of graduate students*. University of North Dakota. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3497803).
- Grund, F. J. (2013). *Predictors of health promoting lifestyles in baccalaureate nursing students*. Duquesne University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3588289).
- Hagerstrom, G. (2010). *Personal factors, perceptions, influences and their relationship with adherence behaviors in patients with diabetes*. Georgia State University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3442416).
- Hung, S. L. (2009). *The relationship of lifestyle behavior and occupational characteristics to selected health problems among truck drivers in Taiwan*. St. Louis University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3383206).
- Jadalla, A. A. (2007). *Acculturation, health, and health behaviors of adult Arab Americans*. Loma Linda University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3282707).
- Keegan, J. P. (2011). *Predictive ability of Pender's health promotion model for physical activity and exercise participation for people with spinal cord injury: A hierarchical regression analysis*. [Doctoral dissertation, University of Wisconsin – Madison]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3488940).
- Khalil, K. (2014). *Factors affecting health promotion lifestyle behaviors among Arab American women*. University of San Diego. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3580965).
- Nodine, P. M. (2011). *The contribution of physical activity to sleep parameters in pregnancy within the context of prepregnant body mass index*. University of Colorado Health Sciences Center. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3467224).
- Politsky, S. (2013). *Relationships among self-care behaviors and professional quality of life in oncology nurses*. Widener

- University School of Nursing. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3579580).
- Polsingchan, S. (2010). *Health-promoting behaviors in Thai persons with chronic renal failure*. University of Texas at Austin. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3446004).
- Putnam, K. F. (2008). *The relationship of inner strength and health promoting behaviors and their effect on quality of life in midlife women*. Virginia Commonwealth University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3345133).
- Sakraida, T. J. (2002). *Divorce transition, coping responses, and health promoting behavior of midlife women* [Doctoral dissertation Abstracts International, 62-12B, 5646] (University Microfilms No. AAT3037817).
- Vitztum, C. M. (2015). *Physical activity in adolescents with orthopedic limitations: The use of human-animal interaction in the form of dog-walking*. University of Missouri - Kansas City. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3741545).
- Wilson, J. C. (2018). *Testing an integrated health promotion model using social media for breastfeeding women: Structural equation modeling*. Florida Atlantic University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 10829805).
- Zamora, R. I. (2015). *Fall risks in an inpatient gero-psychiatric unit: Can they be predicted?* New Mexico State University. ProQuest Dissertations & Theses Global. (Publication No. 3663265).
- Artículos de revistas**
- Alaviani, M., Khosravan, S., Alami, A., & Moshki, M. (2015). The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on Pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to Gonabad urban health centers. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(2), 132-140.
- Alkhalailah, M. A., Khaled, M. H. B., Baker, O. G., & Bond, E. A. (2011). Pender's health promotion model: An integrative literature review. *Middle East Journal of Nursing*, 5(5), 12-22.
- Banaye Jedd, M., Babazadeh, T., Hashemian, Z., Moradi, F., & Ghavami, Z. (2016). Cognitive-behavioral determinants of oral health in students: An application of Pender's Health Promotion Model. *Journal of Education and Community Health*, 3(2), 1-8.
- Canaval, G. E., & Sánchez, M. A. N. (2011). Lifestyle and cancer prevention in female employees at a health institution. *Colombia Medica*, 42(2), 177-183.
- Chiou, A. F., Hsu, S. P., & Hung, H. F. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research*, 30, 1-6.
- Dehdari, T., Rahimi, T., Aryaeian, N., & Gohari, M. R. (2014). Effect of nutrition education intervention based on Pender's health promotion model in improving the frequency and nutrient intake of breakfast consumption among female Iranian students. *Public Health Nutrition*, 17(3), 657-666.
- Esposito, E. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), 351-356.
- Goodarzi-Khoigani, M., Baghiani Moghadam, M., Nadjarzadeh, A., Mardanian, F., Fallahzadeh, H., & Mazloomi-Mahmoodabad, S. (2018). Impact of nutrition education in improving dietary pattern during pregnancy based on Pender's Health Promotion Model: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(1), 18-25.
- Gusain, S. (2008). Nursing and self-motivation for elderly. *Nursing Journal of India*, 99(1), 5-7.
- Hacihasanoglu, R., & Gözü, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5/6), 692-705.
- Ho, A. Y. K., Berggren, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender's health promotion model: A meta-synthesis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 259-267.
- Huang, W., Yan, J., Cheng, J., Lan, M., & Qin, X. (2016). Application of Pender's health promotion model in functional exercise plan of postoperative patients with breast cancer. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 32(23), 1818-1821.
- Kamran, A., Azadbakht, L., Sharifirad, G., Mahaki, B., & Mohebi, S. (2015). The relationship between blood pressure and the structures of Pender's health promotion model in rural hypertensive patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 1-8.
- McCutcheon, T., Schaar, G., & Parker, K. L. (2016). Pender's health promotion model and HPV health-promoting behaviors among college-aged males: Concept integration. *Journal of Theory Construction & Testing*, 20(1), 12-19.
- McGrath, J. A., O'Malley, M., & Hendrix, T. J. (2011). Group exercise mode and health-related quality of life among healthy adults. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 491-500.
- McMurry, T. B. (2006). A comparison of pharmacological tobacco cessation relapse rates. *Journal of Community Health Nursing*, 23(1), 15-28.
- Mehrabbeik, A., Mahmoodabad, S., Khosravi, H., & Fallahzadeh, H. (2017). Breakfast consumption determinants among female high school students of Yazd Province based on Pender's health promotion model. *Electronic Physician*, 9(8), 5061-5067.
- Mohsenipoua, H., Majlessi, F., Shojaeizadeh, D., Rahimiforooshani, A., Ghafari, R., & Habibi, V. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in coronary artery bypass surgery patients: An application of Pender's health promotion model. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(9), E38871.
- Naserpoor, F., Zamani-Alavijeh, F., Shahri, P., & Malehi, A. S. (2018). Effect of education based on Pender's health promotion model on nutrition behavior of adolescent girls. *Journal of Research Health*, 8(5), 394-402.
- Nevens, C., Sherman, J., Canchola, K., Ihrig, K., Steinfeld, B., & Wagner, W. (2019). Influencing exercise and hydration self-care practices of baccalaureate nursing students. *Journal of Holistic Nursing*, 37(2), 140-147.

- Rahimian, M., Mohammadi, M., Mehry, A., & Rakhshani, M. H. (2018). The predictors of physical activity among health volunteers based on Pender's health promotion model. *Journal of Research and Health*, 8(4), 305–312.
- Reeder, M., Childs, D., Gibson, I., Williams, C., & Williams, J. (2017). Cardiovascular disease in African-American women: An assessment of awareness. *Journal of the Association of Black Nursing Faculty*, 28(3), 76–80.
- Shobeiri, F., Afshari, K. D., Nazari, S., Nazari, S., & Farhadian, M. (2018). The effect of nutritional education based on Pender's health promotion model on nutritional behavior of pregnant women: A quasi experimental research. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, 4(12), 4833–4837.
- Stark, M. A., Chase, C., & DeYoung, A. (2010). Barriers to health promotion in community dwelling elders. *Journal of Community Health Nursing*, 27(4), 175–186. 112p.

Madeleine M. Leininger: teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales

Marilyn R. McFarland*



Madeleine M. Leininger
(1927-2012)[†]

«El cuidado es la esencia de la enfermería y un enfoque característico, dominante, central y unificador.»

Madeleine Leininger (Leininger y McFarland, 2002, p. 192)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Madeleine M. Leininger, fundadora de la enfermería transcultural y líder de la teoría de la enfermería transcultural y de los cuidados humanos, fue la primera enfermera profesional con titulación universitaria en enfermería que se doctoró en antropología cultural y social. Nació en Sutton, Nebraska, y comenzó su carrera como enfermera después de haberse graduado en la St. Anthony's School of Nursing de Denver (Colorado) y en el Cuerpo de Enfermería de la Armada estadounidense con un diploma en enfermería. En 1950 obtuvo una diplomatura en biología en el Benedictine College de Atchison, Kansas, donde cursó estudios de Filosofía y Humanidades. Después trabajó como instructora, enfermera de plantilla y supervisora en una unidad médico-quirúrgica, y abrió una nueva unidad de psiquiatría cuando era directora del servicio de enfermería del St. Joseph's Hospital de Omaha, Nebraska.

En 1954, Leininger obtuvo un máster en enfermería psiquiátrica en la Catholic University of America en Washington DC, tras lo cual fue contratada en el College of Health de la University of Cincinnati, Ohio, donde desarrolló el primer programa de máster de la especialidad clínica en enfermería psiquiátrica infantil. Inició y dirigió el primer programa

universitario de enfermería psiquiátrica en esa universidad en colaboración con el Therapeutic Psychiatric Nursing Center de su hospital. En 1960 escribió, junto con Hofling, uno de los primeros textos básicos de enfermería psiquiátrica, titulado *Basic Psychiatric Concepts in Nursing*, que se publicó en 11 idiomas (Hofling y Leininger, 1960).

Mientras trabajaba en un hogar de orientación infantil a mediados de la década de 1950 en Cincinnati, Leininger observó que el personal no comprendía los factores culturales que influían en la conducta de los niños. En estos niños, de procedencias culturales distintas, observó diferencias en la respuesta al cuidado y al tratamiento psiquiátrico que la inquietaron profundamente. Las teorías psicoanalíticas y las estrategias terapéuticas no parecían llegar a niños de diversos orígenes culturales. Cada vez estaba más preocupada porque sus decisiones y acciones, al igual que las de sus compañeros, no ayudaban a esos niños. Leininger se planteó preguntas a sí misma y al personal acerca de las diferencias culturales de los niños y de los resultados de las terapias. Observó que algunos miembros nuevos del personal estaban interesados o conocían la influencia de los factores culturales en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Poco después, Margaret Mead trabajó como profesora visitante en el Departamento de Psiquiatría de la University of Cincinnati, y Leininger analizó con ella las posibles relaciones entre la enfermería y la antropología.

Durante las décadas de 1950 y 1960, Leininger (1970, 1978) identificó áreas comunes de intereses teóricos y focos de investigación entre las disciplinas de la enfermería y la antropología, lo que le ayudó a formular los conceptos, la teoría, los principios y las prácticas de enfermería transcultural. Mientras realizaba el

*Este capítulo está dedicado a la memoria de la Dra. Madeleine Leininger.

[†]La Dra. Madeleine Leininger en una visita a la Universidad Madonna, Livonia, MI, alrededor de 1999. Fuente: The Madeleine M. Leininger Collection on Human Caring and Transcultural Nursing, ARC-008, Photo 03, Archives of Caring in Nursing, Florida Atlantic University, Boca Raton.

doctorado, estudió un gran número de culturas. La antropología le pareció fascinante y consideró que era un área que debería ser de interés para todos los profesionales de enfermería. Se centró en el pueblo gadsup de las tierras altas orientales de Nueva Guinea; vivió con estos indígenas durante casi 2 años y realizó un estudio sobre etnografía y etnoenfermería de sus aldeas (Leininger, 1995, 1996). Analizó las características únicas de la cultura, observando cierto número de diferencias notables con respecto al cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar entre las culturas occidentales y no occidentales. A partir de su estudio en profundidad y de sus experiencias de primera mano con los gadsup, continuó desarrollando su teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales (teoría de los cuidados culturales) y el método de investigación de etnoenfermería (Leininger, 1978, 1991, 1995). Su investigación y su teoría han ayudado a los estudiantes de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados y la atención humanos, la salud y la enfermedad. Fue la principal líder de enfermería que animó a muchos estudiantes y profesores a cursar estudios de posgrado en enfermería y a desempeñar esta profesión. Su entusiasmo e interés por desarrollar el campo de la enfermería transcultural desde un enfoque de los cuidados humanos se ha mantenido durante más de seis décadas.

El primer curso de enfermería transcultural se impartió en 1966 en la Universidad de Colorado, donde Leininger trabajaba como profesora de enfermería y antropología. Puso en marcha el Committee on Nursing and Anthropology con la American Anthropological Association en 1968 y fue su presidenta durante varios años (Leininger, 1991, 1995). Leininger también inició y fue la directora del primer programa de enfermería científica (doctorado en enfermería) de EE. UU. en 1969, cuando fue nombrada decana y profesora de enfermería y de antropología en la Universidad de Washington, Seattle, donde permaneció hasta 1974. Allí estableció el primer departamento académico de Enfermería sobre los sistemas de cuidados comparativos para apoyar a los programas de máster y doctorado en enfermería transcultural. Inició varios cursos de enfermería transcultural y fue mentora de los primeros profesionales de enfermería en un programa de doctorado centrado en la enfermería transcultural. Bajo su dirección, la Universidad de Washington fue reconocida en 1973 como la mejor escuela pública de enfermería de EE. UU.

En 1974, Leininger fue nombrada decana y profesora de enfermería en el College of Nursing y profesora adjunta de antropología en la University of Utah en Salt Lake City. En esta institución, inició los primeros programas de máster y doctorado en enfermería transcultural y estableció la primera oferta de programas de doctorado en esta institución (Leininger, 1978). Estos programas fueron los primeros del mundo en ofrecer cursos sustantivos enfocados específicamente en la enfermería transcultural. También inició y dirigió una nueva oficina de facilitación de la investigación en la University of Utah. En 1974, Leininger fundó la International Transcultural Nursing Society y continuó siendo una líder activa en la organización durante toda su vida. En 1978 fundó la International Society for Human Caring para ayudar a las enfermeras a

centrarse en el estudio de los fenómenos del cuidado humano (Leininger, 1988a, 1988b, 1991). Fue la primera presidenta con dedicación plena de la American Association of Colleges of Nursing y uno de los primeros miembros de la American Academy of Nursing, en 1975.

El libro de Leininger, *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970), sentó las bases para desarrollar el campo de la enfermería transcultural, la teoría del cuidado cultural y la atención sanitaria basada en la cultura. Su siguiente libro, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practice* (1978), identificó los principales conceptos, ideas teóricas y prácticas de la enfermería transcultural y fue la primera publicación definitiva sobre la enfermería transcultural. Durante los siguientes 60 años, Leininger estableció, explicó y utilizó la teoría del cuidado cultural para estudiar muchas culturas en EE. UU. y en todo el mundo. Desarrolló el método de investigación de la etnoenfermería, adecuado a la teoría, para poder utilizarlo con ella y para descubrir cualitativamente la perspectiva interna o émica de las culturas (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015b, 2018b). El método de investigación de etnoenfermería fue el primer método de investigación indagatoria abierto diseñado para que los investigadores sobre enfermería estudiaran y descubrieran los fenómenos del cuidado de la cultura desde la perspectiva de la filosofía de las ciencias humanas y a través de la lente del análisis cualitativo (Leininger, 1978, 1985a, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015b, 2018b).

En 1981, Leininger fue nombrada profesora de enfermería y profesora adjunta de antropología y directora de enfermería transcultural, así como directora del Center for Health Research de la Wayne State University, en Detroit, hasta su jubilación parcial en 1995. La Dra. Leininger desarrolló varios cursos y seminarios de enfermería transcultural centrados en los cuidados, y métodos de investigación cualitativa para estudiantes de enfermería de diplomatura, máster, doctorado y posdoctorado, y para estudiantes de otros campos distintos a la enfermería. Asimismo, asesoró a estudiantes y profesionales de enfermería sobre la investigación en el campo de la enfermería transcultural y continuó estas iniciativas en varias universidades de EE. UU. y de todo el mundo. En 1989, Leininger creó la *Journal of Transcultural Nursing*, de la que fue su primera editora hasta su jubilación.

Leininger escribió o editó más de 300 libros a lo largo de su vida y publicó más de 200 artículos y 45 capítulos de libros, además de numerosas películas, videos, DVD e informes de investigación centrados en la enfermería transcultural; el cuidado humano y los fenómenos sanitarios; el futuro de la enfermería, y temas relacionados relevantes para la enfermería y la antropología. A lo largo de su carrera, la Dra. Leininger formó parte de ocho consejos editoriales y fue revisora científica de varias publicaciones, además de participar activamente en el Transcultural Nursing Scholars Group y en el desarrollo y las contribuciones a su propio sitio web (www.madeleine-leininger.com). Sigue considerándose una de las autoras de enfermería más creativas, productivas, innovadoras y futuristas, que ha proporcionado ideas y contenidos nuevos y sustanciales sobre la

enfermería transcultural basados en la investigación para impulsar la enfermería como una disciplina y como una profesión.

Además del desarrollo de la teoría de la enfermería transcultural, Leininger se interesó por muchos campos y conocimientos expertos a lo largo de su vida, como la formación comparada y la administración, las teorías de enfermería, las políticas, los dilemas éticos de la enfermería y la atención sanitaria, los métodos de investigación cualitativa, el futuro de la enfermería y la atención sanitaria, y el liderazgo de la enfermería. Como enfermera transcultural diplomada e investigadora, Leininger estudió 15 culturas individuales y únicas; fue mentora o supervisora de aproximadamente 200 másteres y estudios de doctorado centrados en la enfermería transcultural, el cuidado y la atención humanos, y áreas relacionadas en todo el mundo, y fue consultora de muchos investigadores e instituciones, especialmente de los que utilizan la teoría del cuidado cultural. La teoría del cuidado cultural se utiliza en todo el mundo y cada vez es más oportuna y relevante para el descubrimiento de fenómenos importantes de los cuidados culturales en diversas culturas.

Leininger dio conferencias ante antropólogos, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos y educadores, y realizó investigaciones con sus compañeros. Se mantuvo activa en ambas disciplinas y contribuyó a la enfermería y la antropología en conferencias transculturales nacionales e internacionales y en reuniones de la asociación. Leininger trabajó para persuadir a los educadores y a los profesionales de la enfermería de que integraran en los planes de estudio y en las prácticas clínicas los conceptos de enfermería transcultural y de cuidados específicos de la cultura basados en los resultados de la investigación, como algo fundamental para el futuro de todos los aspectos de la enfermería. A lo largo de siete décadas de la disciplina, numerosas enfermeras con título de doctorado y muchos estudiantes de máster y de diplomatura han obtenido una titulación en enfermería transcultural y han utilizado la teoría de los cuidados culturales de Leininger en su trabajo (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

Leininger creó cursos y programas de enfermería transcultural para formar, realizar y facilitar la investigación sobre la enfermería transcultural y los fenómenos de la salud. A medida que aumentaba el interés por la enfermería y la atención sanitaria transculturales, Leininger (M. R. McFarland, comunicación personal, 1996) pronunció conferencias magistrales anualmente, dirigió talleres y trabajó como consultora tanto a nivel nacional como internacional a lo largo de su carrera. Su currículum académico incluye casi 600 conferencias, conferencias magistrales, talleres y servicios de consultoría en EE. UU., Canadá, Europa, las islas del Pacífico, Asia, África, Australia y los países nórdicos. Las organizaciones educativas y de servicios siguieron solicitando su asesoramiento sobre la enfermería transcultural, los cuidados humanistas, la investigación en etnoenfermería, la teoría de los cuidados culturales y las tendencias futuras de la atención sanitaria en todo el mundo.

La Dra. Leininger se ha ganado el reconocimiento internacional en el ámbito de la enfermería y campos afines gracias a

sus escritos, teoría, investigación, consultas, cursos y discursos dinámicos sobre enfermería y cuidados transculturales. Recibió numerosos premios y distinciones por sus logros profesionales y académicos a lo largo de su vida, incluidos varios títulos honoríficos como un LHD del Benedictine College en Atchison, Kansas, un doctorado de la Universidad de Kuopio, Finlandia y un DS de la Universidad de Indiana, Indianápolis. En 1976 y en 1995 fue reconocida por su importante contribución única al ser nombrada la primera presidenta a tiempo completo de la American Association of Colleges of Nursing. Leininger recibió el Premio Russell Sage Outstanding Leadership en 1995 y fue miembro de la American Academy of Nursing, la American Anthropology Society, la Society for Applied Anthropology y el Royal College of Nursing en Australia. También estuvo afiliada a la Sigma Theta Tau, la Delta Kappa Gamma y el Scandinavian College of Caring Science de Estocolmo, Suecia. Trabajó como conferenciante y profesora visitante distinguida en 85 universidades dentro y fuera de EE. UU., y fue profesora invitada en numerosas universidades del extranjero. Durante su estancia en la Wayne State University recibió los premios Board of Regents' Distinguished Faculty, Distinguished Research, President's Excellence in Teaching y Outstanding Graduate Faculty Mentor. En 1996, la Madonna University de Livonia, Michigan, honró a Leininger dando su nombre a una colección de libros y a una sala de lectura por su incalculable contribución a la enfermería, las ciencias sociales y las humanidades. La American Academy of Nursing la nombró Leyenda Viva en 1998.

Los últimos trabajos de la Dra. Leininger sobre la teoría del cuidado cultural se publicaron en revistas profesionales con evaluadores externos. Fue coautora de una entrevista para *Nursing Science Quarterly* (Clarke et al., 2009) en la que habló de la historia y el futuro de los cuidados transculturales, la profesión de enfermería y la atención sanitaria mundial. En 2015, escribió sobre su estudio comparativo retrospectivo realizado en 2011 sobre tres culturas occidentales y una no occidental (amish estadounidenses de la antigua orden, angloamericanos, mexicano-estadounidenses y los gadsup de las tierras altas del este de Nueva Guinea) para obtener un conocimiento profundo sobre las creencias y prácticas de cuidados protectores de los padres con el objetivo de utilizar ese conocimiento para proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 2015). Registró los modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales de los hallazgos de cuidados similares y diversos analizados con los padres informantes como posibles formas para poder integrar sus valores culturales y las prácticas del cuidado para ayudar a sus hijos. Posteriormente, Leininger comenzó a trabajar en un nuevo constructo de cuidados culturales, el **cuidado colaborativo**, que presentó junto con Marilyn McFarland a través de una videoconferencia magistral en la 37.ª conferencia anual de la Transcultural Nursing Society en octubre de 2011.

La Dra. Madeleine Leininger falleció en paz el 10 de agosto de 2012 en Omaha, Nebraska. Siguió trabajando hasta poco antes de su muerte, en colaboración con colegas y contribuyendo

en varios proyectos y publicaciones en curso. El legado actual de la Dra. Leininger es su trabajo sobre la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, así como sobre la disciplina de la enfermería transcultural, que seguirá inspirando a aquellos a los que ha asesorado, enseñado e influido a lo largo de su exitosa carrera.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de Leininger derivó de las disciplinas de la antropología y la enfermería (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Describió la *enfermería transcultural* como un área principal de la enfermería centrada en el estudio comparativo y el análisis de diversas culturas y subculturas de todo el mundo con respecto a los valores de los cuidados, las expresiones y las creencias de salud-enfermedad, así como los patrones de comportamiento.

El propósito de la teoría es descubrir las diversidades y universalidades de los cuidados humanos en relación con las dimensiones de la visión del mundo, la cultura y la estructura social, para luego descubrir las formas de proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para que mantengan o recuperen su bienestar o salud, o afronten la muerte (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes a las personas, que sean beneficiosos, se adapten y sea útiles para el paciente, la familia o el grupo cultural (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). La enfermería transcultural va más allá de un estado de concienciación y utiliza los conocimientos de enfermería sobre los cuidados culturales para practicar una atención culturalmente congruente y responsable (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, 2018b).

Leininger afirmó que, con el tiempo, habría un nuevo tipo de práctica de enfermería que reflejaría diversas prácticas de enfermería culturalmente definidas, fundamentadas y específicas para guiar los cuidados de enfermería prestados a individuos, familias, grupos e instituciones. Sostuvo que, puesto que los conocimientos de la cultura y de los cuidados son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y comprender a las personas, son fundamentales e imprescindibles para la formación y la práctica de la enfermería (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, 2018b). Además, afirmó que la enfermería transcultural se había convertido en una de las áreas más importantes, relevantes y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica porque las personas viven en un mundo multicultural (Leininger, 1988a, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Leininger predijo que, para que la enfermería fuera significativa y relevante para los pacientes y otras enfermeras del mundo, los conocimientos y competencias en enfermería transcultural serían imperativos para guiar todas

las decisiones y acciones de los cuidados de enfermería para obtener unos resultados de salud eficaces y satisfactorios (Leininger, 1991, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, 2018b).

Leininger (2002a) distinguió entre **enfermería transcultural** y **enfermería intercultural**. La primera se refiere a las enfermeras preparadas en enfermería transcultural que están comprometidas con el desarrollo de conocimientos y la práctica de la enfermería transcultural, mientras que la enfermería intercultural se refiere a las enfermeras que utilizan conceptos antropológicos aplicados o médicos en lugar de desarrollar la teoría de la enfermería transcultural y las prácticas basadas en la investigación (Leininger, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). También diferenció entre enfermería internacional y enfermería transcultural. La enfermería internacional se produce cuando las enfermeras viajan o adquieren experiencias en la práctica de enfermería o en el aprendizaje de servicios en otros países; sin embargo, la enfermería transcultural implica múltiples *culturas* y tiene una base teórica y práctica comparativa (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Leininger describió a la enfermera transcultural **generalista** (ahora conocida como enfermera transcultural certificada básica o CTN-B) como una enfermera preparada a nivel de diplomatura que es capaz de aplicar los conceptos, principios y prácticas de enfermería transcultural que generan los especialistas en esta disciplina (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). La **especialista** en enfermería transcultural (actualmente enfermera transcultural certificada avanzada o CTN-A) se prepara en programas de posgrado y recibe una preparación y tutoría en profundidad sobre los conocimientos y la práctica de la enfermería transcultural. La CTN-A ha adquirido unas habilidades y competencias después de la diplomatura mediante la adquisición de conocimientos basados en la investigación sobre culturas seleccionadas con la suficiente profundidad para proporcionar unos cuidados de enfermería transculturales de alta calidad, seguros y eficaces (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Así pues, la CTN-A transcultural trabaja como una profesional experta, profesora, investigadora o asesora con respecto a las culturas seleccionadas. La CTN-A especialista valora y utiliza la teoría de la enfermería para desarrollar y avanzar en el conocimiento dentro de la disciplina de la enfermería transcultural, el campo que Leininger predijo que debía ocupar el centro de toda educación y práctica de la enfermería (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018).

Leininger (1996) promovió una teoría nueva y diferente de las teorías tradicionales de la enfermería que definían la teoría a través de conceptos lógicamente interrelacionados y proposiciones hipotéticas que debían comprobarse con el fin de explicar o predecir un acontecimiento, fenómeno o situación. En vez de esto, Leininger definió la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo de conocimientos sobre un ámbito de interés importante para comprender o dar cuenta de algún fenómeno desconocido. Ella creía que la teoría de la enfermería debe tener en cuenta el descubrimiento creativo

sobre los individuos, las familias y los grupos, y sus cuidados, valores, expresiones, creencias y acciones o prácticas basados en sus formas de vida culturales para proporcionar una atención eficaz, satisfactoria y culturalmente congruente (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

Leininger (1991) desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y son capaces de guiar a los profesionales para recibir el tipo de atención que desean o necesitan de los demás. La cultura es la forma de vida pautada y valorada de las personas que influye en sus decisiones y acciones; por lo tanto, la teoría se dirige a las enfermeras para que descubran y documenten el mundo del paciente y utilicen sus puntos de vista, conocimientos y prácticas étnicos (internos) con la ética (externa) adecuada como bases para tomar decisiones y llevar a cabo acciones de cuidados profesionales culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1995).

La teoría del cuidado cultural puede ser tanto inductiva como deductiva, y deriva del conocimiento étnico y ético (1991, p. 33). Leininger (1991) alentó a las enfermeras y a otros profesionales a obtener un conocimiento étnico fundamentado a partir de las personas o de la cultura, porque dicho conocimiento es más creíble. La teoría no es una teoría de nivel medio ni una macroteoría, sino que debe considerarse de forma holística con unos dominios específicos de interés. Leininger creía que los términos *nivel medio* y *macroteoría* estaban desfasados para el desarrollo y uso de las teorías (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Es una teoría de enfermería integral y amplia porque tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva integral de la vida y la existencia humanas con el tiempo, que comprenden los factores de la estructura social, la concepción del mundo, los antecedentes y los valores culturales, el contexto del entorno (Leininger, 1988b), las expresiones del lenguaje, y los patrones de los cuidados populares (genéricos) y profesionales. Estas son algunas de las bases más críticas y esenciales para descubrir los conocimientos sobre los cuidados que, como esencia de la enfermería, llevan a la salud y el bienestar de los pacientes y guían las prácticas terapéuticas de enfermería.

Según Leininger (2002b), la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales tiene varios rasgos distintivos que la diferencian de otras teorías de enfermería. Es la única teoría que se centra explícitamente en descubrir unos cuidados culturales holísticos e integrales, y es una teoría que puede utilizarse en todas las culturas occidentales y no occidentales debido a su inclusión de múltiples factores holísticos que se encuentran universalmente en las culturas. Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los seres humanos, como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y el contexto del entorno. La teoría tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden analizarse sistemáticamente para lograr unos resultados de cuidados culturalmente congruentes, significativos y aceptables (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a,c, 2018b). Es la única teoría de enfermería enfocada explícitamente en la cultura y el cuidado de

diversas culturas, utilizando los tres modos de decisiones y acciones que son directamente aplicables en la práctica clínica para el cuidado cultural basados en la teoría con el fin de alcanzar unos resultados beneficiosos que respalden el bienestar, la salud y unos estilos de vida satisfactorios para las personas. Está diseñada en último término para descubrir el cuidado –qué es diverso y qué está relacionado universalmente con el cuidado y la salud–, y tiene un centro de atención comparativo integrado para identificar prácticas de cuidados de enfermería transcultural diferentes o contrastadas con principios de cuidados específicos. La teoría con el método de etnoenfermería tiene modelos diseñados para analizar en profundidad los datos étnicos del informante y la información relacionada con la salud. Por tanto, estos modelos también pueden usarse para evaluar la atención sanitaria cultural. La teoría puede guiar la obtención de nuevos conocimientos en enfermería y atención sanitaria para conseguir cuidados culturalmente congruentes, válidos y útiles.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Durante más de seis décadas, Leininger sostuvo que los cuidados eran la esencia de la enfermería y su característica dominante, distintiva y unificadora (Leininger, 1970, 1988b, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Afirmó que los cuidados son complejos, elusivos y a menudo están integrados en la estructura social y en otros aspectos de la cultura (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2006). Sostenía que algunas formas, expresiones y patrones de los cuidados eran diversos, mientras que otras eran universales (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006). Leininger (1985b, 1990; Leininger y McFarland, 2002, 2006) utilizó métodos etnológicos cualitativos, especialmente la etnoenfermería, para estudiar los cuidados. Estos métodos están dirigidos al descubrimiento de la verdad, los puntos de vista, las creencias y los estilos de vida sistematizados de los grupos culturales, las familias y los individuos. Durante la década de 1960, Leininger desarrolló el método de etnoenfermería con el fin de estudiar los fenómenos de la enfermería transcultural de forma específica y sistemática. Este método se centra en el descubrimiento de las creencias, los valores y las prácticas de los cuidados tal y como los conocen cognitiva o subjetivamente las personas de una cultura a través de su lenguaje local étnico centrado en las personas, sus experiencias, creencias y valores sobre los fenómenos enfermeros reales o potenciales, como los cuidados, la salud y los factores del entorno (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Aunque la enfermería ha utilizado las palabras *cuidados* y *prestación de cuidados* durante más de un siglo, sus definiciones y su uso han sido vagos, ya que se han utilizado como clichés sin un significado específico para la cultura del paciente o de la enfermera (Leininger, 1988a, 1988b). Gracias a la teoría transcultural de los cuidados culturales y al método de etnoenfermería basado en la étnica (perspectivas internas) es posible acercarse al descubrimiento de los cuidados orientados a las personas, porque la información procede directamente de las

personas y no de las creencias y prácticas éticas (perspectivas externas) del investigador. Un propósito importante de la teoría es documentar, conocer, predecir y explicar sistemáticamente, a través de los datos de campo, lo que es diverso y lo que es universal en los cuidados genéricos y profesionales de las culturas que se estudian (Leininger, 1991).

Leininger (1988a) sostuvo que los conocimientos y las prácticas de cuidados detallados y basados en la cultura deberían distinguir las contribuciones de la enfermería de las de otras disciplinas. La primera razón para estudiar la teoría de los cuidados culturales es que el constructo de *cuidados* ha sido fundamental para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos desde la aparición de la especie humana (Leininger, 1988a, 1988b). La segunda razón es explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles de los cuidadores y los receptores de los cuidados en diferentes culturas para proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). En tercer lugar, se descubren los conocimientos sobre los cuidados, que pueden utilizarse como algo esencial para promover la curación y el bienestar de los pacientes, para afrontar la muerte o la discapacidad, o para garantizar la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo (Leininger, 1991, 1995). En cuarto lugar, la profesión de enfermería necesita estudiar sistemáticamente los cuidados desde una perspectiva cultural amplia y holística para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Leininger (1991, 1995) descubrió que los cuidados eran en gran medida un fenómeno elusivo, a menudo arraigado en las formas de vida y los valores culturales. Sin embargo, este conocimiento constituye una base sólida para que las enfermeras guíen su práctica hacia unos cuidados culturalmente congruentes y hacia métodos terapéuticos específicos para mantener la salud, prevenir la enfermedad, curar o ayudar a las personas a enfrentar la muerte (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Una tesis central de la teoría es que si se puede comprender plenamente el significado de los cuidados, se puede predecir el bienestar o el cuidado de la salud de los individuos, las familias y los grupos, y se pueden proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1994, 1995). Leininger (1991) consideraba los cuidados como uno de los constructos más poderosos y el fenómeno central de la enfermería. Sin embargo, estos constructos y patrones de cuidado deben documentarse, entenderse y usarse en su totalidad para garantizar que el conocimiento basado en la cultura sea la principal guía de las decisiones y acciones de la enfermería transcultural y se utilice para guiar prácticas de enfermería culturalmente congruentes (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Leininger estudió varias culturas en profundidad, algunas en colaboración con estudiantes universitarios y de posgrado y profesores, utilizando métodos de investigación cualitativos. Explicó extensamente

los constructos de los cuidados en muchas culturas con diferentes significados, experiencias culturales y usos diversos o similares de los valores, las creencias, los patrones y las expresiones del cuidado por parte de las personas (Leininger 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Las profesionales de enfermería transculturales siguen descubriendo nuevos conocimientos sobre los cuidados culturales durante el desarrollo de la práctica basada en culturas similares y diversas. Leininger (1991) creía que, con el tiempo, las características diversas y universales de los cuidados y de la salud se documentarían como la esencia del conocimiento y la práctica de la enfermería.

Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados culturales es proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Ella creía que las enfermeras deben trabajar para explicar los significados del cuidado para que los cuidados, los valores, las creencias y las formas de vida culturales puedan servir como bases precisas y fiables para la toma compartida de decisiones y la adopción de acciones de cuidado específicas de la cultura, así como para identificar características universales o comunes de los cuidados (Leininger, 1994; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Sostuvo que las enfermeras no podían separar las visiones del mundo, los factores de la estructura social y las creencias culturales (laicas/populares/genéricas y profesionales) sobre la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajaban con culturas distintas, porque estos factores están estrechamente vinculados e interrelacionados (Leininger, 1994; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Los factores de la estructura social (como religión, política, cultura, economía y parentesco) son fuerzas relevantes que afectan a los cuidados e influyen en los modelos de enfermedad y en el bienestar. También hizo hincapié en la importancia de descubrir las creencias, los valores y las expresiones de los cuidados genéricos (populares/laicas, locales e indígenas) de las distintas culturas y compararlos con las prácticas de cuidado profesionales (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

Leininger descubrió que la ceguera cultural, el choque cultural, la imposición cultural y el etnocentrismo por parte de las enfermeras seguían reduciendo en gran medida la calidad de la atención ofrecida a los pacientes de culturas diversas (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Además, los diagnósticos de enfermería y los diagnósticos médicos sin base ni conocimientos culturales crean serios problemas en algunas culturas, lo que conduce a unos resultados desfavorables y, a veces, graves (Leininger, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Proporcionar cuidados culturalmente congruentes aumenta la satisfacción de la persona atendida; es una poderosa fuerza curativa para la atención sanitaria de calidad. Unos cuidados de *calidad* es lo que más desean las personas atendidas cuando buscan la atención de las enfermeras, y solo puede proporcionarse cuando se conocen y utilizan unos cuidados congruentes basados en la cultura.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Cuidados y prestación de cuidados

El término **cuidados** se refiere al fenómeno abstracto y manifiesto con expresiones de formas de ayuda, apoyo, capacitación y facilitación hacia uno mismo o los demás. «La **prestación de cuidados** se refiere a las acciones, actitudes o prácticas para ayudar a otros a lograr la curación y el bienestar... Los **cuidados** como constructo principal de la teoría incluyen los cuidados genéricos/populares y los cuidados profesionales, que son las partes principales de la teoría que previsiblemente influirán y explicará la salud y el bienestar de diversas culturas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, pp. 9–10).

Cuidados genéricos

«Los **cuidados genéricos** se refieren a los conocimientos y prácticas populares laicos, indígenas, tradicionales o locales (émicos) aprendidos y transmitidos para proporcionar asistencia, apoyo, capacitación y facilitación para o hacia otras personas con necesidades de salud evidentes o previstas, con el fin de aumentar su bienestar o ayudarles a afrontar la muerte u otras situaciones humanas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 14).

Cuidados profesionales

«Los **cuidados profesionales de enfermería** se refieren a los conocimientos y la práctica de unos cuidados profesionales formales y explícitos aprendidos cognitivamente y adquiridos generalmente a través de instituciones educativas [habitualmente no genéricas] [que] se enseñan a las enfermeras y a otros profesionales para proporcionar actos de asistencia, apoyo, capacitación o facilitación a favor de o hacia otras personas o grupos con el fin de mejorar su salud, prevenir enfermedades o ayudarles a afrontar la muerte u otras situaciones humanas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 14).

Cultura

«La **cultura** se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una determinada cultura que guían el pensamiento, las decisiones y las acciones de forma pautada. La cultura es tan importante como el cuidado; no es un adverbio o un adjetivo de cuidar. Leininger conceptualizó los cuidados culturales como fenómenos sintetizados y estrechamente vinculados con ideas interrelacionadas» (McFarland, 2018b, p. 46).

Cuidados culturales

Los **cuidados culturales** se refieren a la síntesis de los dos principales constructos [*cuidado* y *cultura*] que guían al investigador para descubrir, explicar y tener en cuenta de la salud, el bienestar, las expresiones del cuidado y otras situaciones humanas (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 13).

Cuidados culturalmente congruentes

Los **cuidados culturalmente congruentes** se refieren a los conocimientos, los actos y las decisiones sobre la atención

basados en la cultura que se utilizan de forma sensible, creativa y significativa para adaptarse adecuadamente a los valores culturales, las creencias y las formas de vida de las personas atendidas para su salud y bienestar, o para prevenir o afrontar las enfermedades, las discapacidades o la muerte. La prestación de unos cuidados culturalmente congruentes y seguros ha sido el principal objetivo de la teoría del cuidado cultural (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 14).

Diversidad de los cuidados culturales

«La **diversidad de los cuidados culturales** se refiere a las variabilidades o diferencias en las creencias, los significados, los patrones, los valores, los símbolos, las formas de vida y otras características de los cuidados culturales entre los seres humanos relacionadas con la prestación de unos cuidados beneficiosos para las personas atendidas de una cultura determinada» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 14).

Universalidad de los cuidados culturales

«La **universalidad de los cuidados culturales** se refiere a las características de los fenómenos de los cuidados culturales comunes o similares de los seres humanos o de los grupos con significados, patrones, valores, símbolos o formas de vida recurrentes que sirven de guía para que los cuidadores proporcionen asistencia, apoyo, facilitación o capacitación a las personas para que obtengan unos resultados saludables» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 15).

Concepción del mundo

«La **concepción del mundo** se refiere a la forma en que las personas tienden a observar su mundo o universo para formarse una imagen o postura de valor sobre la vida o el mundo que les rodea. La concepción del mundo proporciona una perspectiva amplia sobre la propia orientación hacia la vida, las personas o los grupos que influye en las respuestas de atención o cuidado y guía las decisiones o las acciones, especialmente aquellas relacionadas con temas de salud o bienestar» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 15).

Dimensiones culturales y de la estructura social

«Las **dimensiones** [o factores] **culturales y de la estructura social** se refieren a los patrones dinámicos, holísticos e interrelacionados de las características estructuradas de una cultura (o subcultura) que incluyen, entre otros, los factores tecnológicos, los factores religiosos y filosóficos, los factores sociales y de parentesco, los valores culturales, las creencias y las formas de vida, los factores políticos y legales, los factores económicos y los factores educativos, así como el contexto del entorno, el idioma y la etnohistoria» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, p. 75).

Contexto del entorno

«El **contexto del entorno** se refiere a la totalidad de un acontecimiento, situación o experiencia particular que da

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales de las personas dentro de los factores geográficos, ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos particulares de unos entornos culturales específicos» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 15).

Etnohistoria

«La **etnohistoria** se refiere a la secuencia de hechos, acontecimientos, momentos o experiencias pasados de los seres humanos, grupos, culturas o instituciones a lo largo del tiempo en contextos particulares, que ayudan a explicar las formas de vida pasadas y actuales en relación con los factores que influyen en los cuidados culturales que afectan a la salud y el bienestar, la discapacidad o la muerte de las personas» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 15).

Émico

«**Émico** se refiere a los conocimientos y puntos de vista culturales locales, autóctonos o internos sobre fenómenos específicos» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 14).

Ético

«**Ético** se refiere a los puntos de vista ajenos o externos (a menudo de los profesionales sanitarios) o al conocimiento de la institución o del sistema y a los valores interpretados sobre los fenómenos culturales» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 14).

Salud

Salud se refiere a un estado de bienestar culturalmente definido, valorado y practicado que refleja la capacidad de los individuos o grupos para llevar a cabo las actividades de su rol diario en formas de vida culturalmente expresadas, beneficiosas y pautadas (Leininger, 1991, p. 48; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, p. 11); es un estado de bienestar reparador constituido, definido, valorado y practicado

culturalmente por individuos o grupos que les permite desempeñar sus vidas diarias (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 15).

Preservación y/o mantenimiento de los cuidados culturales

La **preservación y/o mantenimiento de los cuidados culturales** se refiere a aquellas acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cultura particular a retener, preservar o mantener creencias y valores sobre los cuidados que son significativos para su bienestar, para recuperarse de una enfermedad o para hacer frente a los obstáculos o a la muerte (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 16).

Adaptación y/o negociación de los cuidados culturales

La **adaptación y/o negociación de los cuidados culturales** se refiere a aquellas acciones y decisiones sobre los cuidados por parte de los profesionales creativos para la asistencia, adaptación, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o negociar con otros para obtener unos cuidados culturalmente congruentes, seguros y eficaces con unos resultados de salud significativos y beneficiosos (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 16).

Reorganización y/o reestructuración de los cuidados culturales

La **reorganización y/o reestructuración de los cuidados culturales** se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo y facilitación que ayudan a los pacientes a reordenar, cambiar o modificar sus modos de vida para obtener patrones, prácticas o resultados beneficiosos de asistencia sanitaria (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015c, p. 16).

PRINCIPALES PREMISAS

La universalidad de los cuidados refleja la naturaleza común de los seres humanos y la humanidad, mientras que la diversidad de los cuidados refleja la variabilidad descubierta y las características únicas de los seres humanos. Los principales supuestos de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales que se presentan aquí derivaron de los trabajos definitivos de Leininger sobre la teoría y de los cambios evolutivos posteriores (Leininger 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b):

- Los cuidados son la esencia y el foco central dominante, distinto y unificador de la enfermería.
- Los cuidados humanísticos y científicos son esenciales para el crecimiento humano, el bienestar, la salud y la

supervivencia, así como para afrontar la muerte y las discapacidades.

- El cuidado (prestación de cuidados) es esencial para la curación o la sanación, ya que no puede haber curación si no se proporcionan cuidados (este supuesto tenía una profunda relevancia en todo el mundo).
- Los cuidados culturales son la síntesis de dos grandes constructos (cultura y cuidado) que guían al investigador para descubrir, explicar y tener en cuenta la salud, el bienestar, las expresiones del cuidado y otras situaciones humanas.
- Las expresiones, los significados, los patrones, los procesos y las formas estructurales de los cuidados culturales son diversos, pero existen algunos puntos comunes (universalidades) entre las culturas y a través de ellas.

- Los valores, las creencias y las prácticas de los cuidados culturales están influidos por, e integrados en, la visión del mundo, los factores de la estructura social (p. ej., la religión, la filosofía de la vida, el parentesco, la política, la economía, la educación, la tecnología y los valores culturales) y los contextos etnohistóricos y del entorno.
- Cada cultura tiene cuidados genéricos (laicos, tradicionales, naturalistas; principalmente émicos) y normalmente algunos cuidados profesionales (éticos) que hay que descubrir y utilizar para lograr unas prácticas de cuidados culturalmente congruentes.
- Los cuidados terapéuticos y culturalmente congruentes tienen lugar cuando los valores, las creencias, las expresiones y los patrones de cuidados culturales se conocen explícitamente y se utilizan de forma adecuada, sensible y significativa con personas de culturas diversas o similares.
- Los tres modos teóricos de los cuidados de Leininger ofrecen formas terapéuticas nuevas, creativas y diferentes de ayudar a personas de diversas culturas.
- El método de investigación de la etnoenfermería y otros métodos paradigmáticos de investigación cualitativa ofrecen medios importantes para descubrir los conocimientos y las prácticas de cuidados culturales, ampliamente arraigados, encubiertos, epistémicos y ontológicos.
- La enfermería transcultural es una disciplina con un conjunto de conocimientos y prácticas dirigidos a alcanzar y mantener el objetivo de unos cuidados culturalmente congruentes para la salud y el bienestar (Leininger 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los principios teóricos son las afirmaciones que uno sostiene o los supuestos que el teórico utiliza con una teoría. Al desarrollar la teoría de los cuidados culturales, la teórica conceptualizó y formuló los siguientes cuatro principios principales (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018):

- Las expresiones, el significado, las pautas y las prácticas de los cuidados culturales son diversos y, sin embargo, existen puntos comunes y algunos atributos universales.
- La concepción del mundo, los múltiples factores de la estructura social, la etnohistoria, el contexto del entorno, el lenguaje y los cuidados genéricos y profesionales son factores que influyen de forma decisiva en los patrones de cuidados culturales para predecir la salud, el bienestar, la enfermedad, la curación y la forma en que las personas afrontan las discapacidades y la muerte.
- Los factores genéricos émicos (populares) y éticos (profesionales) de la salud en diferentes contextos del entorno influyen en gran medida en los resultados de la salud y la enfermedad.
- A partir de un análisis de los factores influyentes mencionados, se predijeron tres modos principales de decisión y

acción (preservación o mantenimiento, adaptación o negociación y reorganización o reestructuración de los cuidados culturales) para proporcionar formas de ofrecer una atención sanitaria culturalmente congruente, segura y significativa para las culturas (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

Se predijo que estos modos de decisión y acción eran factores clave en la prestación de unos cuidados culturalmente congruentes, significativos y aceptables para obtener resultados beneficiosos. Cuando se utilizan los modos, se evalúan y atienden los factores del individuo, la familia, el grupo o la comunidad en una relación dinámica y participativa entre los profesionales de enfermería y las personas atendidas.

En la conceptualización de la teoría, el primer principio teórico importante y central fue «la existencia de diversidades (diferencias) y universalidades (puntos en común) entre las culturas del mundo» (Leininger y McFarland, 2002, p. 78). Sin embargo, Leininger afirmó que primero deben descubrirse los significados y los usos de los cuidados culturales para establecer un corpus de conocimientos transculturales. Un segundo principio teórico importante fue que «la concepción del mundo, los factores de la estructura social, como la religión, la economía, la educación, la tecnología, la política, el parentesco (social), la etnohistoria, el entorno, el idioma y los factores de los cuidados genéricos de la atención y profesionales influirían en gran medida en los significados, las expresiones y los patrones de los cuidados culturales en diferentes culturas» (Leininger y McFarland, 2002, p. 78).

Leininger sostenía que era necesario conocer los factores culturales y de la estructura social para proporcionar unos cuidados significativos y satisfactorios a las personas, y predijo que influirían notablemente en los cuidados basados en la cultura. También es necesario descubrir estos factores directamente a partir de informantes de la cultura para confirmar que son factores influyentes relacionados con la salud, el bienestar, la enfermedad y la muerte. El tercer principio teórico importante fue que «tanto los cuidados genéricos (émicos) como profesionales (éticos) deben enseñarse, investigarse y reunirse en la práctica de los cuidados para ofrecer una atención satisfactoria que conduce a la salud y el bienestar» (Leininger, 2002).

El cuarto principio teórico importante fue la conceptualización de los tres principales modos de las decisiones y acciones sobre los cuidados (enunciados anteriormente) para prestar unos cuidados culturalmente congruentes para la salud general y el bienestar de los pacientes, o para ayudarles a afrontar la muerte o las discapacidades (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). El investigador o el clínico se basan en los hallazgos de la estructura social, las prácticas genéricas y profesionales de los cuidados y otros factores que influyen, para estudiar o proporcionar unos cuidados basados en la cultura a los individuos, las familias y los grupos. Estos factores deben ser estudiados, evaluados y respondidos en una relación enfermera-paciente dinámica y participativa (Leininger 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a,b, 2018b).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Leininger extrajo los conceptos de su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales tanto de la antropología como de la enfermería, pero los reconceptualizó en un nuevo conjunto de constructos que se convirtieron en una teoría de la enfermería transcultural con una perspectiva de los cuidados humanos (1991, 1995). Desarrolló el método de investigación de etnoenfermería y destacó la importancia del estudio de las personas a partir de sus experiencias y conocimientos locales étnicos, y la comparación posterior de esta información con sus creencias y prácticas éticas (externas). Su libro *Qualitative Research Methods in Nursing* (Leininger, 1985a) y sus publicaciones posteriores (Leininger, 1990, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a,b, 2018b) siguen aportando conocimientos importantes sobre los métodos cualitativos en enfermería.

Leininger utilizó hábilmente la etnoenfermería, la etnografía, las historias y anécdotas vitales, las fotografías y los métodos fenomenológicos para proporcionar un enfoque holístico al estudio de la conducta cultural en diversos contextos del entorno (Leininger, 1991, 2015; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Con estos métodos cualitativos, la investigadora acompaña a las personas durante las actividades de su vida diaria para comprender mejor su mundo.

Con el método de investigación de etnoenfermería, la enfermera investigadora obtiene inductivamente datos de narrativas descriptivas e interpretativas documentadas de los informantes a través de la observación y la participación, que explican los valores de los cuidados culturales utilizando el método de investigación de la etnoenfermería (Leininger, 1991, 2015; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). El abordaje cualitativo es importante para el desarrollo de conocimientos sobre los cuidados culturales basados en datos básicos y sustantivos, con el fin de guiar a las profesionales de enfermería en su práctica de los cuidados. Desde el principio, la etnoenfermería se ha basado principalmente en el descubrimiento de los datos directamente a partir de los grupos culturales en estudio.

Aunque para estudiar los cuidados transculturales pueden utilizarse otros métodos de investigación, como la **comprobación de hipótesis** y los **métodos experimentales cuantitativos**, el método a elegir depende de los propósitos del investigador, de los objetivos del estudio y de los fenómenos a estudiar. Se fomenta la creatividad y la voluntad de la profesional de enfermería investigadora para utilizar diversos métodos de investigación para descubrir los conocimientos de enfermería. Sin embargo, Leininger sostenía que los métodos cualitativos eran importantes para establecer significados y descubrir el conocimiento cultural preciso, y que los métodos cuantitativos por lo general tenían un valor limitado para el estudio de las culturas y los cuidados. Leininger también creía que la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos en el mismo estudio oscurecía los resultados y constituía un uso inapropiado de ambos paradigmas (Leininger, 1991, 1995;

Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

El modelo del sol naciente (*sunrise enabler*) y la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados transculturales no se analizan a fondo aquí. Se presentan algunas ideas seleccionadas para introducir al lector en el trabajo pionero y creativo de Leininger sobre una teoría holística y completa en evolución. Leininger desarrolló el modelo del sol naciente (fig. 22.1) en la década de 1970 para representar los componentes esenciales de la teoría. El modelo fue perfeccionado por Leininger en 2006 y posteriormente actualizado por McFarland y Wehbe-Alamah en 2015 y de nuevo en 2018a (v. fig. 22.1). Por tanto, ha evolucionado para ser un modelo más definitivo y valioso para guiar exhaustivamente y enfocar los estudios, y con el que tomar decisiones y realizar actividades de cuidados culturalmente congruentes. La mitad superior del sol naciente representa los principios teóricos clave relacionados con la concepción del mundo y las dimensiones cultural y de la estructura social. Estas dimensiones incluyen factores tecnológicos, factores religiosos y filosóficos, factores sociales y de parentesco, valores culturales, creencias y formas de vida, factores biológicos (introducidos en 2018), factores políticos y legales, factores económicos y factores educativos, así como el contexto del entorno, el idioma y la etnohistoria (McFarland y Wehbe-Alamah, 2018a; Wehbe-Alamah, 2019; Wehbe-Alamah y McFarland, 2020).

Estos factores también influyen en las expresiones y los patrones de los cuidados culturales y, por tanto, en las prácticas de cuidados populares, profesionales e integrados (de enfermería), que se ilustran en la sección central del sol naciente. Las mitades superior e inferior juntas forman un sol completo, que representa los constructos universales del cuidado que las enfermeras deben considerar para apreciar el cuidado humano y la salud (McFarland y Wehbe-Alamah, 2018a; Wehbe-Alamah, 2019; Wehbe-Alamah y McFarland, 2020). La enfermería actúa como un puente que integra los cuidados genéricos (populares) y los profesionales (McFarland y Wehbe-Alamah, 2018). Las enfermeras pueden entonces utilizar en la práctica los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales, como se predice en la teoría: *preservación y/o mantenimiento, adaptación y/o negociación y reorganización y/o reestructuración de los cuidados culturales* (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos como inseparables de sus antecedentes culturales y de los factores de la estructura social, la concepción del mundo, la historia y el contexto del entorno (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018a,b). Según la teoría, el sexo, la raza, la edad y la clase están enraizados en los factores de la estructura social y se estudian desde una perspectiva integral. La generación de la teoría a partir de los estudios de etnoenfermería puede tener lugar a múltiples niveles, desde estudios a pequeña escala con individuos específicos (micronivel) a estudios más grandes con grupos, familias, comunidades o instituciones (macronivel). Leininger también desarrolló varios modelos para facilitar el estudio de los fenómenos utilizando las cuatro fases del

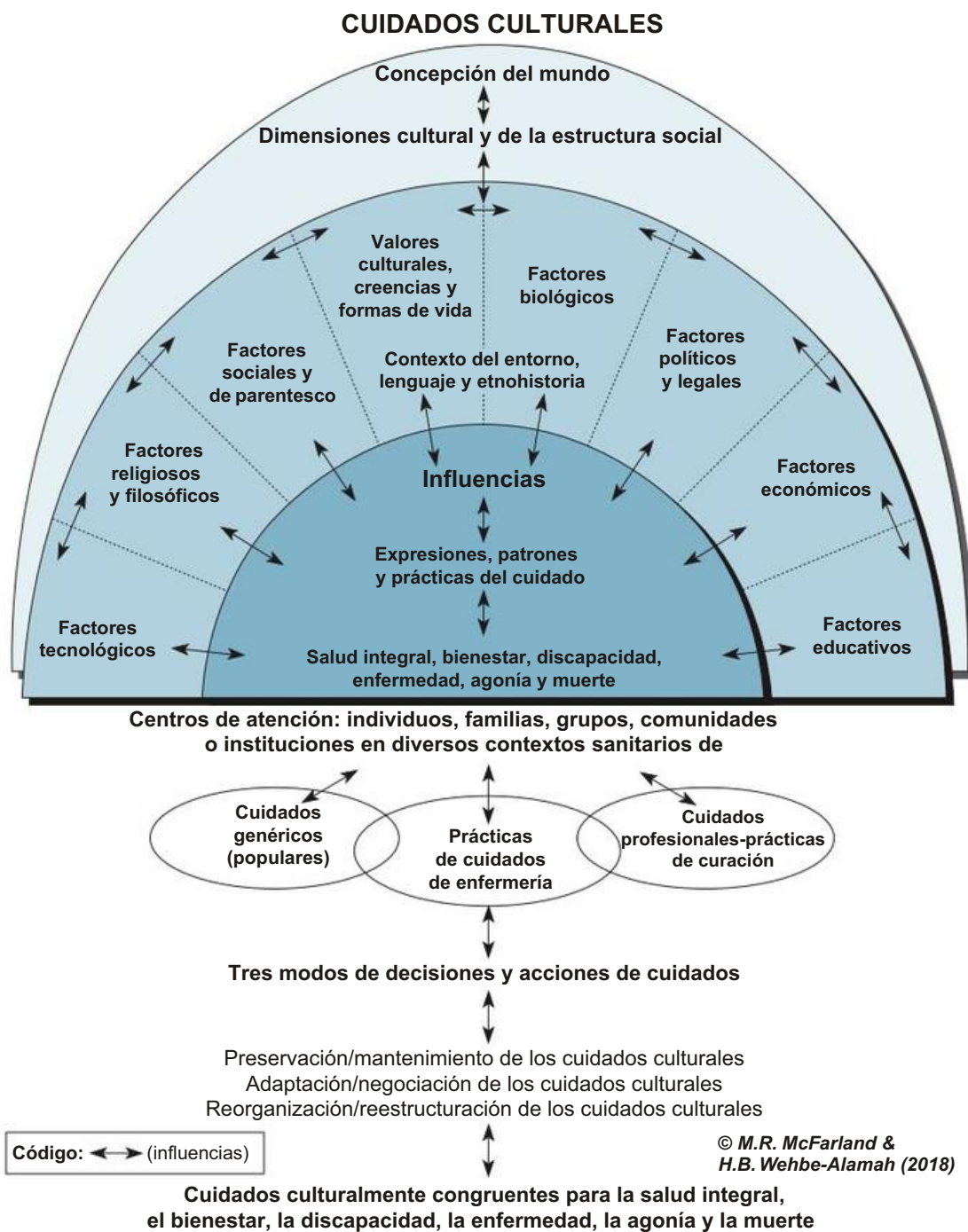


Fig. 22.1 Modelo del sol naciente de Leininger. (Tomado de McFarland, M. R. y Wehbe-Alamah H. B. [2018]. *Transcultural nursing concepts, theories, research, & practice* [4th ed]. New York, NY: McGraw-Hill Education.) Utilizado con autorización.

análisis cualitativo de los datos (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

La primera fase del análisis de datos es la *recopilación, descripción y documentación de los datos sin procesar*; la segunda fase es la *identificación y clasificación de los descriptores y los componentes*; la tercera fase es el *análisis de patrones y contextos*, y la cuarta fase son *los temas principales, los resultados de la investigación, las formulaciones teóricas y las recomendaciones* (Wehbe-Alamah, 2018b, p. 72). Los criterios para evaluar los hallazgos de la investigación en etnoenfermería se «utilizan para poner a prueba las universalidades y diversidades descubiertas en relación con la teoría de los cuidados culturales y el paradigma cualitativo, y para examinar y descubrir sistemáticamente los significados culturales y de los cuidados en profundidad, así como los hallazgos interpretativos» (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015b, p. 56). Estos criterios son **credibilidad, confirmabilidad, significado en el contexto, saturación, patrón recurrente y transferibilidad** (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015b, p. 56). Leininger sostenía firmemente que los criterios cuantitativos no deberían utilizarse con los métodos cualitativos porque los primeros utilizan criterios específicos del paradigma para medir dichos resultados (Leininger, 2002, p. 87).

Leininger también desarrolló varios modelos adicionales para ayudar a las enfermeras investigadoras a utilizar el método de etnoenfermería: el modelo de observación-participación-reflexión; el modelo de extraño a amigo de confianza; el modelo del dominio de indagación; el modelo de la guía de indagación semiestructurada de Leininger para evaluar los cuidados culturales y la salud, y el modelo de evaluación de la salud de la aculturación para patrones culturales en formas de vida tradicionales o no tradicionales. «Los modelos contrastan drásticamente con los dispositivos mecanicistas, como las herramientas, escalas, instrumentos de medición y otros elementos de distanciamiento impersonal objetivo que se utilizan generalmente en los estudios cuantitativos. Estas herramientas suelen considerarse antinaturales (extrañas) y (son) aterradoras para los informadores culturales» (Leininger, 2002, p. 89).

El modelo de observación-participación-reflexión se utiliza para facilitar que el investigador entre y permanezca con los informadores en su contexto familiar o natural durante el estudio (Wehbe-Alamah, 2018b, p. 64). El informador pasa gradualmente del papel de observador y oyente al de participante y agente de reflexión con los informadores. Al moverse despacio y con permiso, el investigador no interfiere y, por lo tanto, puede observar lo que ocurre de forma natural en el entorno o con las personas (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

Con el modelo de extraño a amigo de confianza (Wehbe-Alamah, 2018b, p. 63), la enfermera investigadora es capaz de aprender mucho sobre sí misma y sobre las personas y la cultura que está estudiando. El objetivo es pasar de ser un desconocido en el que no se confía a convertirse en un amigo de confianza, y así ser capaz de observar con más precisión las actitudes, conductas y expresiones culturales. Este proceso es esencial para que el investigador pueda descubrir datos honestos, creíbles y profundos de los informadores (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018).

El modelo del dominio de indagación es una afirmación que hacen las enfermeras investigadoras cuando se guían por la teoría de los cuidados culturales y utilizan el método de etnoenfermería para enfocar claramente su área de estudio (Wehbe-Alamah, 2018b, p. 59). El dominio comprende preguntas o ideas relacionadas con el tema central del estudio, su propósito y los objetivos relacionados con la cultura y el cuidado, y como tal es una «declaración sucinta, hecha a medida, centrada directa y específicamente en los cuidados culturales y los fenómenos sanitarios» (Leininger, 2002, p. 92). Este dominio se redacta cuidadosamente y luego se examina rigurosamente para ver si se adhiere a los principios y supuestos de la teoría utilizando los seis criterios de evaluación cualitativa (Wehbe-Alamah, 2018b, p. 52).

El modelo de la guía de indagación semiestructurada de Leininger para evaluar los cuidados culturales y la salud (Wehbe-Alamah, 2018b, pp. 66–67) fue desarrollado por Leininger con preguntas abiertas «para ayudar a la enfermera a descubrir y comprender las diferentes dimensiones relacionadas con la percepción cultural del mundo, la estructura social y todos los demás dominios de indagación» (Wehbe-Alamah, 2018b, p. 65). Este modelo se correlaciona estrechamente con los factores de la estructura social de la teoría de los cuidados culturales, tal como se representa en el modelo del sol naciente (Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

El modelo de evaluación de la salud de la aculturación para patrones culturales en formas de vida tradicionales o no tradicionales (Wehbe-Alamah, 2018b, pp. 69–72) es otra guía importante que se utiliza con el método de etnoenfermería tanto para las evaluaciones culturales como para los estudios de investigación de etnoenfermería. Cuando se estudian las culturas, es esencial evaluar el grado de **aculturación** de los informadores, si están más o menos «orientados de forma tradicional o no tradicional en sus valores, creencias y formas de vida en general» (Leininger y McFarland, 2002, p. 92).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

Leininger identificó varios factores asociados a la reticencia por parte de las enfermeras para reconocer y valorar la enfermería transcultural y los factores culturales en la formación y la práctica de la enfermería (Leininger, 1991; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018).

En primer lugar, la teoría se conceptualizó durante la década de 1950, cuando muy pocas enfermeras estaban preparadas en antropología o tenían conocimientos culturales que les ayudaran a entender los conceptos, modelos o teorías transculturales. En aquellos primeros días, la mayoría de los profesionales de enfermería no tenían demasiados conocimientos sobre la naturaleza de la antropología y sobre cómo los conocimientos antropológicos podrían contribuir al cuidado humano y a las conductas saludables, o servir como conocimientos básicos para comprender los problemas o los fenómenos de la enfermería. En segundo lugar, aunque las personas tenían necesidades culturales inherentes

desde hacía mucho tiempo, muchos pacientes se mostraban reacios a presionar a los profesionales sanitarios para que satisficieran sus necesidades culturales y, por lo tanto, no exigían que se reconocieran o satisficieran sus necesidades culturales y sociales (Leininger, 1970, 1978, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). En tercer lugar, hasta los años noventa, los artículos de enfermería transcultural enviados para su publicación a menudo eran rechazados porque los editores de las revistas no conocían, valoraban o comprendían que el conocimiento cultural o de la enfermería transcultural es esencial para la enfermería. En cuarto lugar, el concepto de *cuidados* tuvo un interés limitado para las enfermeras hasta finales de la década de 1970, cuando Leininger comenzó a promover la importancia de que las enfermeras estudiaran los cuidados humanos, adquirieran una base de conocimientos de antropología y recibiesen formación universitaria en enfermería, investigación y práctica transculturales. En quinto lugar, Leininger defendía que la enfermería sigue siendo demasiado etnocéntrica y sigue en exceso los intereses y las directrices de la medicina occidental organizada. En sexto lugar, la enfermería progresaba despacio hacia el desarrollo de un corpus de conocimientos propio, puesto que muchos profesionales de enfermería dedicados a la investigación habían dependido demasiado de los métodos cuantitativos. La aceptación y el uso contemporáneos de los métodos cualitativos de investigación en enfermería han seguido creciendo y evolucionando, y seguirán proporcionando nuevas perspectivas y conocimientos relacionados con la enfermería y la enfermería transcultural (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

A partir de la década de 1970, las enfermeras empezaron a darse cuenta de la importancia de la enfermería transcultural, los cuidados humanos y los métodos cualitativos. Leininger afirmó lo siguiente:

«Estamos entrando en una nueva fase de la enfermería, ya que valoramos y utilizamos los conocimientos transculturales de la enfermería, centrándonos en las conductas humanas de cuidados, salud y enfermedad. Debido a la migración de muchos grupos culturales y al aumento de la identidad cultural de la persona atendida, así como las demandas de cuidados culturales, las enfermeras se están dando cuenta de la necesidad de unas prácticas culturalmente sensibles y competentes. La mayoría de los países y comunidades del mundo son hoy multiculturales, por lo que se espera que el personal sanitario comprenda y responda a pacientes de culturas diversas y similares.

Los inmigrantes y las personas de culturas desconocidas esperan que las enfermeras respeten y respondan a sus valores, creencias, formas de vida y necesidades. Las enfermeras ya no pueden practicar una enfermería unicultural.»

(M. R. McFarland, comunicación personal, abril de 2002)

En el siglo XXI, el mundo es cada vez más diverso desde el punto de vista cultural, lo que exige que las enfermeras deban

estar preparadas para proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes. Algunos profesionales de enfermería pueden experimentar un choque cultural, conflictos y enfrentamientos cuando se desplazan de un lugar a otro o desde el entorno rural a comunidades urbanas sin haber tenido primero alguna preparación en enfermería transcultural. A medida que surgen los conflictos culturales, las personas y las familias experimentan una menor satisfacción con las prácticas asistenciales de los profesionales de la enfermería y la medicina (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Los profesionales de enfermería que viajan y buscan empleo en todo el mundo experimentan tensiones culturales. Por tanto, la formación en enfermería transcultural se ha vuelto imprescindible para todos los profesionales de enfermería del mundo. La Transcultural Nurse Certification por la Transcultural Nursing Society ha supuesto un gran paso para garantizar unas prácticas de enfermería seguras y culturalmente competentes (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). En consecuencia, más profesionales de enfermería consiguen una titulación en enfermería transcultural para poder proporcionar cuidados culturalmente congruentes a sus pacientes. Las revistas *Journal of Transcultural Nursing*, *International Journal of Human Caring*, *Journal of Cultural Diversity* y otras revistas profesionales centradas en la transculturalidad publican a nivel internacional investigaciones y perspectivas teóricas sobre diversas culturas de todo el mundo para orientar unas prácticas de enfermería eficaces, beneficiosas, significativas y basadas en la evidencia.

Formación

La inclusión de la cultura y los cuidados comparativos en los planes de estudios de enfermería comenzó en 1966 en la University of Colorado, donde Leininger era profesora de enfermería y antropología. Los profesionales de enfermería empezaron gradualmente a concienciarse de la importancia de los *cuidados culturales* a finales de los años sesenta, pero muy pocos educadores de enfermería tenían la preparación adecuada para impartir cursos sobre enfermería transcultural. Desde que los primeros programas del mundo de máster y doctorado en Enfermería Transcultural se aprobaron y aplicaron en 1977 en la University of Utah, muchos profesionales de enfermería se han preparado específicamente en enfermería transcultural. Debido al aumento de la conciencia pública de los costes sanitarios, las diversas culturas y los derechos humanos que se ha producido en la sociedad contemporánea en todo el mundo, hay una demanda mucho mayor de profesionales de cuidados sanitarios integrales, completos y transculturales para proporcionar cuidados de alta calidad, integrales y completos. La defensa de Leininger de los cuidados específicos de la cultura basados en constructos teóricos ha sido fundamental para el descubrimiento de aspectos diversos y universales de los cuidados (Leininger, 1991, 1995, 1996; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Sigue habiendo una necesidad imperiosa de que los profesionales de enfermería se formen en programas de enfermería transcultural universitarios, de máster y de doctorado. También se necesita un profesorado bien cualificado y preparado en enfermería

transcultural para enseñar y orientar la investigación en las escuelas de enfermería de EE. UU. y otros países (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b; Mixer, 2015).

Leininger siguió recibiendo numerosas solicitudes para impartir cursos, dar conferencias y realizar talleres sobre cuidados humanos y enfermería transcultural en EE. UU. y otros países hasta su muerte en 2012. Por ello, Leininger hizo un llamamiento a las escuelas de enfermería para que ofrecieran programas transculturales con el fin de satisfacer la demanda mundial de enfermeras con preparación transcultural en muchas culturas (Leininger, 1991, 1995). Estos programas de enfermería siguen siendo necesarios con urgencia para la práctica, la formación, la investigación, la administración, la consulta y la preparación de los profesionales de enfermería transcultural para obtener la titulación. La demanda de enfermeras transculturales supera con creces al profesorado de enfermería con preparación transcultural disponible, la financiación educativa u otros recursos (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Aunque la demanda social de enfermeras transculturales es evidente, la preparación educativa sigue siendo limitada para muchas enfermeras de todo el mundo.

Investigación

Enfermeras de todo el mundo utilizan actualmente la teoría de los cuidados culturales de Leininger en la práctica, la investigación, la formación y la administración. Esta teoría es la única en enfermería centrada específicamente en los cuidados culturales y que cuenta con un método de investigación específico (etno-enfermería) para estudiar las culturas y las prácticas de los cuidados (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). La financiación destinada a apoyar la enfermería transcultural es limitada en la mayoría de las sociedades porque se ha dado prioridad a financiar la investigación biomédica y técnica. No obstante, las enfermeras transculturales y otras enfermeras interesadas en la investigación de la enfermería transcultural llevan a cabo sus estudios a pesar de la escasez de fondos (Strang y Mixer, 2016). Estas enfermeras son líderes en compartir sus investigaciones con estudiantes y colegas en conferencias y programas educativos relacionados con la enfermería transcultural en todo el mundo, y han abierto puertas a la enfermería transcultural en muchas organizaciones. A pesar de la demanda social de cuidados culturalmente competentes, sensibles y responsables, las organizaciones nacionales e internacionales no comenzaron a apoyar la enfermería transcultural hasta los años noventa. Se han hecho progresos gracias a los considerables esfuerzos persistentes y a las rigurosas competencias de los especialistas en enfermería transcultural. Las enfermeras transculturales han inspirado a muchas otras enfermeras a seguir investigando y a descubrir conocimientos totalmente nuevos sobre los cuidados culturales en enfermería (McFarland, 2018a; Wehbe-Alamah, 2019; Wehbe-Alamah y McFarland, 2020). Estos conocimientos remodelarán y transformarán en gran medida las prácticas de cuidados de enfermería actuales y futuras (McFarland, 2018a; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b; Wehbe-Alamah, 2019; Wehbe-Alamah y McFarland, 2020).

Wolf et al. (2014) realizaron un estudio de etnoenfermería sobre las creencias y experiencias de cuidados de los inmigrantes somalíes que vivían en una gran ciudad del Medio Oeste de EE. UU. Mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, los investigadores trataron de descubrir los significados, las creencias y las prácticas de atención a la salud mental de los somalíes en su nuevo contexto urbano. La finalidad de esta investigación fue obtener conocimientos sobre la atención cultural émica y ética para difundirlos entre las enfermeras y los profesionales de salud mental, a fin de permitir la prestación de unos cuidados de salud mental culturalmente congruentes y beneficiosos para los inmigrantes somalíes. Las preguntas abiertas adaptadas de la guía para entrevistas semiestructuradas de Leininger ayudaron a los investigadores a realizar las entrevistas. También se recogieron datos etnodemográficos y se analizaron cuantitativamente. Las cuatro fases del modelo de análisis de datos de Leininger guiaron el análisis de los datos cualitativos y el desarrollo de patrones, categorías y temas.

Los resultados de los cuidados culturalmente congruentes que influyen en la aceptación de los cuidados de salud mental fueron los siguientes:

- Importancia de la religión.
- Conexiones tribales, historia cultural y uso del khat (planta herbácea nativa con flor).
- Diferencias de género y roles.
- Ancianos y diferencias generacionales.
- Comunicación.
- Antecedentes traumáticos.
- Importancia del respeto.

El **mantenimiento y/o preservación de los cuidados culturales** (leer el Corán), la **adaptación y/o negociación de los cuidados culturales** (aceptar el tratamiento además de la religión) y la **reorganización y/o reestructuración de los cuidados culturales** (dejar de tomar el estimulante khat) fueron nuevas formas en las que las enfermeras proporcionaron unos cuidados de salud mental culturalmente congruentes y seguros a los inmigrantes somalíes que vivían en ciudades de EE. UU.

La aplicación de la teoría de los cuidados culturales a la enfermería de práctica avanzada ha sido explicada por varios autores transculturales contemporáneos (Chatham y Mixer, 2020; Eipperle, 2015a, 2018b; Embler et al., 2018; Hascup, 2018; Kelch y Wehbe-Alamah, 2018; Lee, 2018; Mixer et al., 2015; Wehbe-Alamah, 2018a; Wehbe-Alamah et al., 2020) como necesaria para «un enfoque y unos cuidados adecuados a la cultura del cliente para evitar la imposición cultural o el dolor cultural» (Eipperle, 2018, p. 330) utilizando los tres modos de cuidados culturales, los modelos y el método de etnoenfermería. Estos autores hicieron hincapié en la integración de los cuidados culturalmente congruentes o sensibles a través de enfoques directos y explícitos que debe utilizar el profesional de enfermería. Los conceptos y los métodos para integrar los abordajes de los cuidados émicos y éticos en la práctica de la atención primaria, y el uso del continuo educación-investigación-práctica forman la base para las decisiones y las acciones de los cuidados clínicos (Eipperle, 2015a, 2018b).

EVOLUCIÓN

Leininger creía que todas las enfermeras profesionales del mundo debían estar preparadas en enfermería transcultural y demostrar competencias en enfermería transcultural (Leininger, 1988b, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b; Mixer, 2008). La enfermería transcultural debe convertirse en una parte integral de la formación y la práctica para que las enfermeras sean relevantes en el siglo XXI. En la actualidad, la demanda de profesionales de enfermería con preparación transcultural supera con creces el número de profesionales, profesores y especialistas clínicos en el mundo. Urgen más estudiosos, investigadores y teóricos de la enfermería transcultural para que se siga desarrollando un nuevo corpus de conocimientos transculturales, y la formación y la práctica de la enfermería se transformen. Todas las enfermeras deben tener unos conocimientos básicos sobre las diversas culturas del mundo y unos conocimientos profundos sobre al menos dos o tres culturas (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Leininger creía que la investigación en enfermería transcultural ya había empezado a dar lugar a algunas formas muy prometedoras y diferentes de avanzar en la formación y la práctica de la enfermería (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Las disciplinas sanitarias, como la medicina, la farmacia y el trabajo social, han empezado a integrar gradualmente los conocimientos y las prácticas sanitarias transculturales en sus programas de estudio (Leininger, 1995). Así pues, esta tendencia ha incrementado la demanda de profesores culturalmente competentes para enseñar el cuidado sanitario transcultural.

Las teorías y los estudios actuales y futuros en enfermería transcultural serán esenciales para satisfacer las necesidades de las personas culturalmente diversas. La importancia de la teoría de los cuidados culturales seguirá aumentando en todo el mundo. El conocimiento de los cuidados tanto universales como diversos es sumamente importante para establecer un cuerpo sustantivo de conocimientos de enfermería transcultural y para apoyar la enfermería como una profesión y una disciplina transculturales. El interés por la teoría de Leininger y su uso han aumentado a nivel mundial porque es holística, pertinente y futurista, y se ocupa de los conocimientos específicos, aunque abstractos, de los cuidados (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018, 2019; Wehbe-Alamah, 2019; Wehbe-Alamah y McFarland, 2020).

CRÍTICA

Claridad

La teoría de los cuidados culturales ofrece una perspectiva amplia, holística e integral de los individuos, las familias, las culturas, las comunidades y las poblaciones. Las enfermeras investigadoras y otros estudiosos siguen desarrollando muchos dominios de demanda usando la teoría para buscar conocimientos de los cuidados culturales científicos y humanísticos.

Los profesionales de enfermería buscan fenómenos de cuidados culturales tanto universales como particulares dentro de diversas culturas. El uso de la teoría requiere adquirir una comprensión conceptual básica y unos conocimientos culturales. Leininger observó que tanto los estudiantes de enfermería de grado como de posgrado estaban entusiasmados con utilizar la teoría y descubrir lo práctico, relevante y útil que podía ser para su trabajo. Como mapa cognitivo de la teoría, el modelo del sol naciente ayuda a los profesionales de enfermería a visualizar mejor la teoría y así entender su aplicación a la práctica y la investigación en enfermería.

Sencillez

La teoría tiene realmente un alcance transcultural y global; es tanto intrincada como elegante en su sencillez, y aplicable a la práctica de la enfermería. Los investigadores la utilizan para guiar el descubrimiento de conocimientos de enfermería transcultural y los métodos de investigación cualitativos para explicar los fenómenos de los cuidados culturales. La teoría de los cuidados culturales de Leininger es aplicable en todo el mundo para ayudar a guiar a los investigadores en enfermería a conceptualizar preguntas de investigación con base teórica y a obtener unos hallazgos para guiar la práctica (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Es de naturaleza holística y exhaustiva, con unos constructos clave relacionados con la concepción del mundo y las dimensiones clave de la cultura y la estructura social, tal como se representa en el modelo del sol naciente (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b). Es importante descubrir y adquirir unos conocimientos culturales básicos a partir de la concepción del mundo de la gente. La teoría permite explicar múltiples interrelaciones conceptuales y diversos factores de la estructura social que influyen en los cuidados y la salud (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018).

Generalidad

La teoría de los cuidados culturales demuestra el criterio de generalidad, porque es una teoría con una orientación cualitativa, amplia, exhaustiva y de alcance mundial. La teoría permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados desde la perspectiva de una concepción del mundo multicultural. Es útil y aplicable a grupos e individuos con el objetivo de proporcionar cuidados de enfermería específicos para cada cultura (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Los amplios principios están bien organizados y descritos para el estudio con culturas específicas. El corpus de la investigación de los cuidados culturales ha dado lugar a una gran cantidad de conocimientos especializados. Muchos aspectos de la cultura, el cuidado y la salud se han identificado y se siguen identificando como factores que influyen en la práctica de los cuidados de enfermería culturalmente congruentes. Se necesita investigar más para estudiar de forma comparativa los conocimientos de los cuidados específicos de la cultura y universales (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Es necesario estudiar más grupos culturales del mundo para confirmar sus constructos de cuidados y determinar la transferibilidad de

los descubrimientos a diversos grupos y entornos (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Los resultados del uso de la teoría de los cuidados culturales y el método de investigación de la etnoenfermería siguen utilizándose para proporcionar al paciente unos cuidados culturalmente congruentes en una variedad de contextos sanitarios y comunitarios en todo el mundo, así como para transformar la educación y la práctica de la enfermería (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018).

Accesibilidad

La investigación cualitativa ha sido el paradigma empírico para descubrir fenómenos en gran medida desconocidos del cuidado y la salud en diversas culturas utilizando la teoría de los cuidados culturales. Los enfoques cualitativos difieren de los métodos tradicionales de investigación cuantitativa. El método de investigación de etnoenfermería, el método cualitativo desarrollado por Leininger para su uso con la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, utiliza los criterios de **credibilidad, posibilidad de confirmación, significado en el contexto, patrón recurrente, saturación y transferibilidad** para evaluar la naturaleza empírica de los resultados de la investigación de etnoenfermería (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Utilizando estos criterios, se han confirmado 164 principios sobre los cuidados, y continuamente se descubren más. Los datos descubiertos con el uso del método de etnografía y a partir de la visión émica o concepción del mundo de las personas confieren un alto grado de credibilidad y confirmabilidad a los resultados de la investigación (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015).

Se prevé que la investigación en curso y futura revele más hallazgos sobre los cuidados culturales y la salud y tenga implicaciones para la práctica de los cuidados transculturales culturalmente congruentes y la formación en enfermería. Es indudable que el corpus de conocimientos de enfermería

transcultural que satisface los criterios de evaluación y que se han descubierto en las últimas seis décadas ha tenido influencias significativas en las prácticas de los cuidados de enfermería profesionales, así como en la estructura y función de muchos sistemas de atención sanitaria (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015a, 2018b).

Importancia

La teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales ha guiado la prestación de cuidados de enfermería para obtener resultados significativos y beneficiosos para los pacientes. Proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes y específicos de la cultura es un objetivo vital, necesario y esencial establecido en la enfermería contemporánea (Eipperle, 2015, 2018). La teoría es central en el dominio de la enfermería para la adquisición y aplicación del conocimiento de los cuidados culturales (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). La teoría es muy útil, aplicable y esencial para la práctica de la enfermería, la consulta, la formación, la dirección, la investigación y la administración. El concepto de *cuidado* como foco principal y central de la enfermería y como base para la construcción de los conocimientos de enfermería y para su aplicación a la práctica es esencial para avanzar en el conocimiento y la práctica de unos cuidados de enfermería culturalmente congruentes (Eipperle, 2015, 2018; McFarland y Wehbe-Alamah, 2015, 2018). Los factores de la estructura social del modelo del sol naciente y los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales guían la prestación de cuidados culturalmente congruentes. La teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales apoya una disciplina y una profesión sólidas, cultural y socialmente responsables, y orienta las prácticas de enfermería para satisfacer las necesidades de cuidados y salud de un mundo multicultural (Wehbe-Alamah et al., 2020).

RESUMEN

En este capítulo se han analizado la naturaleza, la importancia y las principales características de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales. Se han presentado el método de investigación de etnoenfermería y los modelos para mostrar el ajuste entre la teoría y el método. Es necesario conocer tanto la teoría como el método antes de emprender un estudio de etnoenfermería. La comprensión plena y el uso tanto de la teoría como del método (con los modelos) conducen a unos resultados creíbles y significativos de los estudios.

La teoría de los cuidados humanos holísticos en enfermería es muy valorada en todo el mundo. Las enfermeras que utilizan la teoría y el método refieren con frecuencia lo valioso e importante que es descubrir formas de conocer y practicar la enfermería y los cuidados de salud basados en la cultura. Los profesionales de enfermería practicantes disponen ahora de hallazgos de la investigación integral y basada en la cultura para su uso en el cuidado de los pacientes de culturas o subculturas diversas y

similares. La teoría y el método también han resultado útiles y valiosos para otras disciplinas. Los recién llegados a la teoría y el método pueden beneficiarse de la experiencia de los mentores, además de estudiar las investigaciones transculturales anteriores en las que se utilizaron la teoría y el método. Lo más importante es que los profesionales de enfermería suelen expresar que la teoría es muy natural para la enfermería y aporta nuevas ideas sobre los cuidados, la salud y el bienestar. La teoría sigue guiando la construcción de los conocimientos enfermeros y el descubrimiento de nuevas aplicaciones de la práctica utilizando los tres modos de cuidados culturales en las decisiones y acciones en una sociedad cada vez más multicultural y global (Wehbe-Alamah et al., 2020). La investigación guiada por la teoría proporciona una forma creíble para el avance de la profesión de enfermería y el corpus de los conocimientos transculturales para su aplicación en la práctica de la enfermería, la consulta, la formación, la dirección y la investigación en todo el mundo.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 20 años, estudiante de primer año de enfermería originaria de China continental, acudió a la clínica universitaria por dolor abdominal superior persistente pero estable. Había sido atendida en dos ocasiones por los médicos de urgencias de un centro local y otra vez en el servicio de urgencias del hospital. Sus recuerdos sobre estas visitas y la atención y el trato recibidos le eran poco familiares y, por tanto, poco claros. No tenía ningún otro signo o síntoma. La recuperación de su historial médico cuando fue atendida por la enfermera se vio dificultada por la falta de acceso a los registros entre los centros

y por lo tardío de la hora. La estudiante estaba muy angustiada porque sus síntomas le recordaban a los de su abuelo, que había fallecido recientemente tras padecer un cáncer gástrico durante 2 años. Como estudiante internacional, vivía en el campus mientras sus padres permanecían en China.

Como enfermera transcultural, ¿cómo podría utilizar los tres modos de *decisiones y acciones de cuidados culturales* de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales para proporcionar una atención culturalmente congruente a esta joven?

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente la pertinencia de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales para las enfermeras que desempeñan diversas funciones en entornos de práctica diversos.
2. Comente la aplicabilidad de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales en el siglo XXI

para descubrir los conocimientos de enfermería y proporcionar unos cuidados culturalmente congruentes. Tenga en cuenta las tendencias actuales de los usuarios de los servicios sanitarios, los factores de la diversidad cultural, y los cambios de los programas educativos de medicina y enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Chatham, R. E., & Mixer, S. J. (2020). Cultural influences on childhood obesity in ethnic minorities: A qualitative systematic review. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 87–99.
- Clarke, P. N., McFarland, M. R., Andrews, M. M., & Leininger, M. M. (2009). Caring: Some reflections on the impact of the culture care theory by McFarland & Andrews and a conversation with Leininger. *Nursing Science Quarterly*, 3(22), 233–239.
- Eipperle, M. K. (2015). Application of the three modes of culture care decisions and actions in advanced practice primary care. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 317–344). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Eipperle, M. K. (2018). Care, caring, and practice. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 215–230). New York: McGraw Hill.
- Embler, P. J., Weiss, M. T., & Mixer, S. J. (2018). Yupitit: Alaska Native People of Southwest Alaska. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 369–383). New York: McGraw Hill.
- Hascup, V. A. (2018). Culture expressions, meanings, beliefs, and practices of Mexican American women during the postpartum period: An ethnosing study. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 399–420). New York: McGraw Hill.
- Hofling, C. K., & Leininger, M. M. (1960). *Basic psychiatric concepts in nursing*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
- Kelch, R. H., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). Providing culturally congruent care to Haitians using Leininger's Culture Care Theory. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 231–250). New York: McGraw Hill.
- Lee, R. C. (2018). Understanding the culture care needs of Appalachian mothers experiencing homelessness. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 385–398). New York: McGraw Hill.
- Leininger, M. M. (1970). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. New York: John Wiley & Sons.
- Leininger, M. M. (Eds.). (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice*. John Wiley & Sons: New York.
- Leininger, M. M. (Eds.). (1985a). *Qualitative research methods in nursing*. Grune & Stratton: New York.
- Leininger, M. M. (1985b). Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing and Health Care*, 6(4), 202–212.
- Leininger, M. M. (Eds.). (1988a). *Care: The essence of nursing and health*. Wayne State University Press: Detroit.
- Leininger, M. M. (Eds.). (1988b). *Caring: An essential human need*. Wayne State University Press: Detroit.
- Leininger, M. M. (1990). Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(2), 40–51.
- Leininger, M. M. (Eds.). (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press: New York.

- Leininger, M. M. (1994). Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 22–28.
- Leininger, M. M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice* (2nd ed.). Columbus, OH: McGraw-Hill College Custom Series.
- Leininger, M. M. (1996). Culture care theory, research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71–78.
- Leininger, M. M. (2002a). Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed, pp. 71–98). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2002b). Part I. Toward integrative generic and professional health care. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed, pp. 145–154). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2015). Leininger's father protective care. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 119–136). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett.
- McFarland, M. R. (2018a). Culture care theory and translational science: A focus for doctor of nursing practice scholarship. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 313–319). New York: McGraw Hill.
- McFarland, M. R. (2018b). The theory of culture care diversity and universality. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed, pp. 41–56). New York: McGraw Hill.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). The ethnonursing research method. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (3rd ed, pp. 35–71). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). The theory of culture care diversity and universality. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (3rd ed, pp. 1–34). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). Leininger's sunrise enabler to discover culture care [Color insert]. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with an historical retrospective and a view toward the future [Invited article]. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557.
- Mixer, S. J. (2015). Application of the Culture Care Theory in teaching cultural competence and culturally congruent care. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 369–387). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Mixer, S. J., Carson, E., McArthur, P. M., Abraham, C., Silva, K., & Davidson, R. (2015). Nurses in action: A response to cultural care challenges in a pediatric acute care setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 896–907.
- Strang, C. W., & Mixer, S. J. (2016). Discovery of the meanings, expressions, and practices related to malaria care among the Maasai. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), 333–341.
- Wehbe-Alamah, H. B. (2018a). Culture care of Syrian Muslims in the Midwestern United States: An ethnonursing research study. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed, pp. 421–432). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wehbe-Alamah, H. B. (2018b). The ethnonursing research method: Major features and enablers. In M. R. McFarland, H. B. Wehbe-Alamah (Ed.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed). Jones & Bartlett Learning: Burlington, MA, pp. 57–84.
- Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's culture care diversity and universality theory: Classic and new contributions. *Annual Review of Nursing Research*, 37(1), 1–24.
- Wehbe-Alamah, H. B., Hammonds, L. S., & Stanley, D. (2020). Culturally congruent care from the perspectives of Judaism, Christianity, and Islam. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1043659619900000>.
- Wehbe-Alamah, H. B., & McFarland, M. R. (2020). Leininger's ethnonursing research method: Historical retrospective and overview. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(4), 337–349.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Páginas web

International Association for Human Caring: <https://iafhc.wildapricot.org/page-18059>.

Madeleine M. Leininger: <http://www.madeleine-leininger.com/resources.shtml>.

Transcultural Nursing Society: www.tcns.org.

Libros primarios

Consulte las referencias y los listados de párrafos del texto.

Capítulos de libros primarios seleccionados

Leininger, M. M. (2002). Culture care assessments for congruent competency practices. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed, pp. 117–143). New York: McGraw Hill.

Leininger, M. M. (2002). Essential transcultural nursing concepts, principles, examples, and policy statements. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural*

- nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 45–69). New York: McGraw Hill.
- Leininger, M. M. (2002). Lifecycle culturally-based care and health patterns of the Gadsup of New Guinea: A non-Western culture. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 217–237). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2002). Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 71–98). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2002). The future of transcultural nursing: A global perspective. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 577–595). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2002). Transcultural mental health nursing. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 239–262). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2002). Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 3–43). New York, NY: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed., pp. 1–41). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Leininger, M. M. (2006). The ethnonursing research method and enablers. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed., pp. 43–81). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Leininger, M. M. (2006). Culture care of the Gadsup Akuna of the Eastern Highlands of New Guinea: The first transcultural nursing study [revised reprint. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed., pp. 115–157). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Leininger, M. M. (2006). Culture care of the Southern Sudanese of Africa. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed., pp. 255–279). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Leininger, M. M. (2015). The benefits of the theory of culture care diversity and a look to the future for transcultural nursing. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed., pp. 101–118). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the 21st century. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (3rd ed., pp. 527–561). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Selección de artículos de revistas primarias**
- Leininger, M. M. (1997). Classic] Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), 32–52.
- Leininger, M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192.
- Leininger, M. M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 9–13.
- Fuentes secundarias**
- Fuentes secundarias seleccionadas de los medios de comunicación**
- McFarland, M. R., & Alligood, M. A. (2016). *Nurse theorists: Portraits of excellence, Vol. III. In Theory of culture care diversity and universality*. Athens: Video-taped educational interview, (OH: FITNE, Inc.
- Selección de libros secundarios**
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practices* (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- Capítulos de libros secundarios seleccionados**
- Andrews, M. M., & Collins, J. (2015). Using the Culture Care Theory as an organizing framework for a federal project on cultural competence. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed., pp. 537–552). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Chiang-Hanisko, L. (2018). Transcultural nursing and healthcare in Taiwan. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed., pp. 273–283). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Courtney, R., & Wolgamott, S. (2015). Using Leininger's theory as the building block for cultural competence and cultural assessment for a collaborative care team in a primary care setting. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed., pp. 345–368). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Hubbert, A. O. (2018). The Sunrise Enabler's application in conflict resolution for nurse administrators and managers. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed., pp. 285–287). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Knecht, L., & Sabatine, C. (2015). Application of the culture care theory to international service-learning experiences in Kenya. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed., pp. 475–501). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

- Maxwell, J. B., & Morningstar, R. A. (2018). Ayurveda: Relevance in culture care. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed, pp. 251–271). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R. (2014). Leininger's theory of culture care diversity and universality in nursing practice. In M. R. Allgood (Ed.), *Nursing theory: Utilization and application* (5th ed, pp. 350–367). St. Louis, MO: Elsevier.
- McFarland, M. R., Wehbe-Alamah, H. B., Vossos, H. B., & Wilson, M. (2015). Synopsis of findings discovered within a descriptive metasynthesis of doctoral dissertations guided by the culture care theory with use of the ethn nursing research method. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 287–315). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Mixer, S. J. (2015). Application of the Culture Care Theory in teaching cultural competence and culturally congruent care. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 369–387). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Morris, E. J. (2015). An examination of subculture as a theoretical construct through an ethn nursing study of urban African American adolescent gang members. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 255–285). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Morris, E. J. (2018). Engaging in the sacred song of diversity: The art of cultural immersion. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed, pp. 321–338). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Sagar, P. L. (2018). Culture Care Theory: A trailblazing theory. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed, pp. 85–96). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Strang, C. W., & Mixer, S. J. (2016). Culturally competent research using the culture care theory: Malaria care in Maasailand. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, & practice* (4th ed, pp. 339–358). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wehbe-Alamah, H. B. (2015). Folk care beliefs and practices of traditional Lebanese and Syrian Muslims in the Midwestern United States. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 137–182). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wehbe-Alamah, H. B. (2015). Madeleine Leininger's theory of culture care diversity and universality. In M. C. Smith, M. E. Parker, & F. A. Davis (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 303–319). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Wehbe-Alamah, H. B., & McFarland, M. R. (2015). Leininger's enablers for use with the ethn nursing research method. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 73–100). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wehbe-Alamah, H. B., & McFarland, M. R. (2015). The ethn nursing research method. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 35–71). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wehbe-Alamah, H. B., & McFarland, M. R. (2015). Transcultural nursing course outline, educational activities, and syllabi using the culture care theory. In M. R. McFarland, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed, pp. 553–577). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Artículos de revistas

- Bhat, A., Wehbe-Alamah, H. B., McFarland, M. R., Filter, M. S., & Keiser, M. (2015). Advancing cultural assessments in palliative care using web-based education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 17(4), 348–355.
- Burkett, K., Morris, E., Anthony, J., Shambley-Ebron, D., & Manning-Courtney, P. (2017). Parenting African American children with autism: The influence of respect and faith in mother, father, single- and two-parent care. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(5), 496–504.
- De Isaacs, L. (2016). A changing world through the lens of Panama. [Editorial]. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(2), 199–200.
- Jeffreys, M. R., & Zoucha, R. (2018). Cultural congruence in the workplace, healthcare, and academic settings for multiracial and multiheritage individuals. *Journal of Cultural Diversity*, 25(4), 113–126.
- Jiménez-Ruiz, I., & Martínez, P. A. (2017). Female genital mutilation and transcultural nursing: Adaptation of the Rising Sun Model. *Contemporary Nurse*, 53(2), 196–202.
- McFarland, M. R. (2019). The Journal of Transcultural Nursing: Recalling the past, viewing the present, and the envisioning the future [Invited editorial]. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(4), 321–322.
- Missal, B., Clark, C., & Kovaleva, M. (2016). Somali immigrant mothers' childbirth experiences in Minnesota. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), 359–367.
- Sagar, P. L., & Sagar, D. Y. (2018). Current state of transcultural nursing theories, models, and approaches. *Annual Review of Nursing Research*, 37(1), 25–41.
- Stone, W., Mixer, S. J., & Mendola, A. (2019). Culturally acceptable advance care planning and advance directives for persons experiencing homelessness. *Journal of Hospice & Palliative Care Nursing*, 21(5), 350–357.
- Wehbe-Alamah, H. B., McFarland, M. R., Andrews, M. M., & Lograsso, S. (2019). An ethnohistory of the Transcultural Nursing Scholars and their contributions to the field. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557.

Margaret A. Newman: salud como expansión de la conciencia

*Dorothy A. Jones, Mary T. Antonelli**



Margaret A. Newman
(1933-2019)¹

«Tenemos que adoptar una nueva visión de la salud. Nuestro cuidado debe estar vinculado a un concepto de salud que vaya más allá de la enfermedad, pero que la incluya. La teoría de la salud como expansión de la conciencia nos aporta esta perspectiva.»

(Newman, 2008, p. 2)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Margaret A. Newman nació el 10 de octubre de 1933 en Memphis, Tennessee. Se licenció en economía doméstica e inglés en la Baylor University, en Waco (Texas), y obtuvo una segunda licenciatura en enfermería en la University of Tennessee, en Memphis (M. Newman, *curriculum vitae*, 1996). Obtuvo el grado de máster en Enfermería médico-quirúrgica y docencia en la University of California, San Francisco. Hizo el doctorado en Ciencia Enfermera y Enfermería de Rehabilitación en la Nueva York University en 1971.

Newman ocupó cargos académicos en la University of Tennessee, la New York University, la Pennsylvania State University y la University of Minnesota en Mineápolis (donde fue profesora emérita) hasta su jubilación en 1996. Durante su carrera como enfermera fue directora de Enfermería en el Clinical Research Center de la University of Tennessee, directora responsable del programa de doctorado de la Division of Nursing de la New York University, profesora responsable del programa de grado e investigación en Enfermería de la Pennsylvania State University, y profesora y teórica de Enfermería de la University of Minnesota.

Newman obtuvo numerosos honores y premios, entre ellos el de la American Academy of Nursing en 1976, el Premio a la

Exalumna Destacada de la escuela de enfermería de la University of Tennessee en Memphis en 1975 y 2002, el Premio a la Exalumna Distinguida de la Division of Nursing de la New York University en 1984, el Hall of Fame de la escuela de enfermería de la University of Mississippi en 1988, el título de profesora visitante en Latinoamérica en 1976 y 1977, la beca del *American Journal of Nursing* en 1979, el Premio a la Docente Distinguida de la Seventh International Conference on Human Functioning, celebrada en Wichita, Kansas, en 1983, el Premio E. Louise Grant a la Excelencia en Enfermería de la University of Minnesota en 1996, la mención en las listas *Who's Who in American Women*, *Who's Who in America* y *Who's Who in American Nursing*, residente distinguida del Westminster College, Salt Lake City, Utah, en 1991, ser nombrada docente distinguida en enfermería por la Division of Nursing de la New York University en 1992, el premio Elizabeth McWilliams Miller de la Sigma Theta Tau Founders a la excelencia en investigación en 1993 y el Premio a la Docencia en Enfermería de la escuela de enfermería de la Saint Xavier University en 1994; además, fue nombrada Leyenda Viva por la American Academy of Nursing en 2008.

Newman presentó sus ideas sobre una teoría de la salud en una conferencia sobre teorías de enfermería celebrada en Nueva York (1978). En aquel momento estaba investigando la relación de movimiento, tiempo y conciencia, y desarrollando su teoría de la salud como expansión de la conciencia. Newman realizó grupos de trabajo en Nueva Zelanda y en la University of Tampere en Finlandia, en una conferencia de 1 semana de duración sobre la teoría de la conciencia en relación con la enfermería (Newman, comunicación personal, 1988).

*Autoras anteriores: Janet Witucki Brown, Martha Raile Alligood, Snehlata Desai, M. Jan Keffer, DeAnn M. Hensley, Kimberly A. Kilgore-Keever, Jill Vass Langfitt y LaPhyllis Peterson.

¹Fotografía cortesía de la New York University, 2009.

Newman publicó numerosas ponencias, artículos, capítulos de libros y libros sobre la teoría y su teoría de la salud como expansión de la conciencia. Publicó varios libros, entre ellos *Theory Development in Nursing* (1979), *Health as Expanding Consciousness* (1986, 1994), *A Developing Discipline: Selected Works of Margaret Newman* (1995a) y *Transforming Presence: The Difference That Nursing Makes* (2008). En 2011, *Nursing Science Quarterly* publicó un número (volumen 24, número 3) dedicado a los logros de Newman para reconocer su trabajo.

Numerosas publicaciones reflejan su pasión por integrar la teoría, la práctica y la investigación en enfermería, por hacer evolucionar los puntos de vista sobre las tendencias de la filosofía de la enfermería y el análisis de los modelos teóricos de la práctica y la investigación en enfermería (Newman, 1992, 1997b, 1999, 2003, 2008). Posteriormente, Newman fue investigadora principal de un proyecto que analizaba la teoría y la estructura de un modelo profesional de práctica de enfermería en los hospitales comunitarios y centros de salud Carondelet St. Mary en Tucson, Arizona (Newman, 1990b; Newman et al., 1991).

Newman proporcionó asesoramiento en relación con la expansión de su teoría de la salud en más de 40 estados y numerosos países, y formó parte de grupos de revisión editorial, como los de *Nursing Research*, *Western Journal of Nursing Research*, *Nursing and Health Care*, *Advances in Nursing Science*, *Nursing Science Quarterly* y del comité asesor de *Advances in Nursing Science* (M. Newman, comunicación personal, 2004).

Margaret Newman falleció el 18 de diciembre de 2019, rodeada de quienes la querían y cuidaban. Desde su muerte, se han publicado numerosos homenajes de estudiosos de la enfermería (Cowling, 2019; Pharris, 2019). El 10 de enero de 2020, se celebró un servicio conmemorativo en Memphis, Tennessee. Marlaine Smith y Dorothy Jones compartieron sus reflexiones sobre Margaret, su vida y su impacto en la enfermería. En la escuela de enfermería de la University of Tennessee en Memphis, Tennessee, se ha creado la **cátedra patrocinada en teoría de la enfermería Margaret Newman** (Pharris, 2019).

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de la salud como expansión de la conciencia surgió de las primeras experiencias familiares de Newman. Mientras cuidaba de su madre, que sufría una limitación de la capacidad de movimiento corporal por una esclerosis lateral amiotrófica, Newman empezó a interesarse por la enfermería. Desde sus años de estudiante de doctorado, el pensamiento de Newman sobre la enfermería fue modelado por docentes de enfermería y otras disciplinas. Estas influencias, las experiencias vitales y los logros académicos contribuyeron al desarrollo de la teoría de la salud de Newman como expansión de la conciencia.

La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers (1970) y sus supuestos sobre la integridad, el patrón y la unidireccionalidad son la base de la teoría de Newman (M. Newman, comunicación personal, 2004). La fusión de los opuestos de Hegel

(Acton, 1967) ayudó a Newman a conceptualizar la salud y la enfermedad en un nuevo concepto de salud. La explicación de Bentov (1977) de la vida como el proceso de expansión de la conciencia llevó a Newman a afirmar su concepto de salud como el proceso de expansión de la conciencia (M. Newman, comunicación personal, 2004). El postulado de Newman de que la enfermedad es una manifestación del patrón de salud está respaldado por la teoría del orden implicado de Bohm (1980). Newman (1994) afirmó que empezó a comprender «el patrón subyacente no visible que se manifiesta de diversas formas, incluida la enfermedad, y la interconexión y omnipresencia de todo lo que existe» (p. xxvi). La teoría de Young (1976) sobre la evolución humana destacó el papel del reconocimiento de patrones para Newman. Explicó que las ideas de Young proporcionaron el impulso para la integración de los conceptos básicos de su nueva teoría (movimiento, espacio, tiempo y conciencia) en una representación dinámica de la vida y la salud (Newman, 1994). La experiencia de Moss (1981) del amor como el nivel más alto de conciencia fue importante para Newman, ya que le permitió reafirmar y elaborar su intuición respecto a la naturaleza de la salud. Newman (1997a) reconoce las contribuciones de múltiples teorías a la suya; aclara que su teoría «se enriqueció con ellas pero no se basó en ellas» (p. 23).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La idea básica de la teoría de la salud como expansión de la conciencia surgió de las experiencias familiares personales de Newman. La lucha de su madre contra la esclerosis lateral amiotrófica generó su interés por la enfermería. A partir de esa experiencia, surgió la idea de que «la enfermedad refleja los patrones vitales de la persona y es preciso reconocer ese patrón y aceptarlo por lo que significa para esa persona» (Newman, 1986, p. 3).

En toda la obra de Newman, el uso de términos como *llamada a la enfermería*, *sentimiento similar al crecimiento de la conciencia*, *temor*, *poder*, *sentido de la vida y la salud*, *creencia en la vida después de la muerte*, *rituales de salud* y *amor* sugieren que Newman se esforzó por conferir una lógica a una experiencia vital perturbadora. Su experiencia vital fue el estímulo que dio origen a la maduración hacia el desarrollo de la teoría de enfermería. Dentro de su esquema filosófico, Newman empezó a desarrollar la síntesis de enfermedad-no enfermedad-salud como reconocimiento del patrón total de una persona.

Se han realizado investigaciones sobre las fuentes teóricas (Newman, 1987b). En 1979, Newman escribió que para que la investigación en enfermería tenga sentido en términos de desarrollo de teorías, debe tener tres componentes: 1) tener como objetivo la comprobación de la teoría; 2) explicitar el marco teórico en el que se basa la comprobación, y 3) reexaminar los fundamentos teóricos a la luz de los resultados (Newman, 1979). Ella consideraba que, si la salud es un proceso personal individual, la investigación debería centrarse en estudios que analicen los cambios y los parecidos en los significados y patrones personales.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Salud

La **salud** es el «patrón del todo» de una persona e incluye la enfermedad como una manifestación del patrón de la totalidad, basándose en la premisa de que la vida es un proceso continuo de expansión de la conciencia (Newman, 1986). Se considera un patrón evolutivo de la persona y del entorno y se contempla como una capacidad creciente de percibir alternativas y responder de diversas maneras (Newman, 1986). La salud es «un proceso de transformación hacia una conciencia más inclusiva» (Newman, 2008, p. 16).

Utilizando la fusión dialéctica de los opuestos de Hegel, Newman explicó conceptualmente cómo la enfermedad se fusiona con su opuesto, la no enfermedad o la ausencia de enfermedad, para crear un nuevo concepto de salud que es relacional y es «pautado, emergente, impredecible, unitario, intuitivo e innovador», en lugar de seguir una perspectiva lineal tradicional «causal, predictiva, dicotómica, racional y controladora» (Newman, 1994, p. 13). La salud y el patrón evolutivo de la conciencia son lo mismo. La esencia del paradigma emergente de la salud es el reconocimiento de patrones. Newman (1994) considera el proceso vital como una progresión hacia niveles superiores de conciencia.

Patrón

El **patrón** es la información que representa el conjunto y permite comprender el significado de todas las relaciones a la vez (M. Newman, comunicación personal, 2004). Se conceptualiza como un atributo fundamental de todo lo que existe y confiere unidad en la diversidad (Newman, 1986). El patrón es lo que identifica a un individuo como una persona particular. Ejemplos de manifestaciones explícitas del patrón de una persona son el patrón genético que contiene la información que dirige el devenir, el patrón de la voz y el patrón de movimiento (Newman, 1986). Las características del patrón incluyen el movimiento, la diversidad y el ritmo. El patrón se conceptualiza como algo íntimamente implicado en el intercambio y la transformación de energía (Newman, 1994). Según Newman (1987b), «todo lo que se manifiesta en la vida de una persona es la explicación del patrón implícito subyacente... el fenómeno que llamamos salud es la manifestación de ese patrón evolutivo» (p. 37).

En su obra *Health as Expanding Consciousness*, Newman (1986, 1994, 2008) desarrolló el patrón como un concepto principal utilizado para entender al individuo como un ser completo. Newman describió un cambio de paradigma en el ámbito de la asistencia sanitaria: el cambio del tratamiento de los síntomas de la enfermedad a la búsqueda de los patrones y su significado. Newman (1994) afirmó que los patrones de interacción de la persona y el entorno constituyen la salud. Los patrones de vida individuales, según Newman (2008), «atravesar picos y valles, variaciones en el orden-desorden que son significativas para la persona» (p. 6). Acontecimientos, como la enfermedad, forman parte de un proceso más

amplio. Al interactuar con este acontecimiento, independientemente de lo destructiva que pudiera ser la fuerza, su energía aumenta la energía de la persona y fomenta su propio poder. Hay que captar el patrón del conjunto para verlo (Newman, 1986). Newman señala que ahora considera el proceso de despliegue de patrones como algo evolutivo y unidireccional en lugar de fijo (es decir, estadios), lo que sugiere que la elección puede ser un momento de conciencia consciente y reconocimiento de nuevas oportunidades. A medida que los individuos seleccionan nuevas acciones y conductas, sus respuestas pueden ser transformadoras, promoviendo nuevas opciones y experiencias (M. Newman, comunicación personal, abril de 2016).

Conciencia

La **conciencia** es tanto la capacidad informativa del sistema como la capacidad del sistema para interactuar con su entorno (Newman, 1994). Newman afirma que resulta esencial comprender su definición de conciencia para entender la teoría. La conciencia incluye no solo la conciencia cognitiva y afectiva, sino también la «interconexión de todo el sistema vivo, que incluye el mantenimiento fisicoquímico y los procesos de crecimiento, así como el sistema inmunológico» (Newman, 1990a, p. 38).

En 1978, Newman identificó tres correlatos de la conciencia (tiempo, movimiento y espacio) como manifestaciones del patrón del todo. El proceso vital es una progresión hacia un nivel mayor de conciencia. Newman (1979) considera la expansión de la conciencia como lo que representa la vida y la salud, y el sentido del tiempo es un indicador del nivel cambiante de la conciencia.

Newman (1986) integra la definición de Bentov (1977) de conciencia absoluta como «un estado en el que los conceptos opuestos se reconcilian y fusionan. El movimiento y el reposo se fusionan en uno» (p. 67). La conciencia absoluta se equipara con el amor, donde todos los opuestos se reconcilian y todas las experiencias se aceptan por igual y sin condiciones, como el amor y el odio, el dolor y el placer, y la enfermedad y la ausencia de enfermedad. Reed (1996) coincidió con la teoría de Newman de que la fase de desarrollo evolutivo ocurre cuando la persona se mueve más allá de centrarse en su propio yo, limitado por el tiempo, el espacio y las preocupaciones físicas, dando a entender que la trascendencia es el proceso a través del cual la persona alcanza un nivel de conciencia superior.

Movimiento-espacio-tiempo

Newman subraya la importancia de examinar el movimiento-espacio-tiempo conjuntamente como dimensiones de los patrones emergentes de la conciencia, en lugar de como conceptos separados de la teoría (M. Newman, comunicación personal, 2004).

PRINCIPALES PREMISAS

La base de las premisas de Newman (M. Newman, comunicación personal, 2000) es su definición de salud, basada en el modelo de enfermería de Rogers de 1970, concretamente, el enfoque en la integridad, el patrón y la unidireccionalidad. A partir de estas ideas, Newman desarrolló las siguientes premisas que siguen apoyando su teoría (Newman, 2008).

1. La salud abarca los procesos hasta ahora descritos como enfermedades o, en términos médicos, patologías.
2. Estos procesos «patológicos» pueden considerarse una manifestación del patrón total del individuo.
3. El patrón del individuo que finalmente se manifiesta como una patología es primario y existe antes de los cambios estructurales o funcionales.
4. La eliminación de la patología por sí sola no cambiará el patrón del individuo.
5. Si «enfermar» es la única forma en que puede manifestarse el patrón de un individuo, entonces eso sería la salud para esa persona.

A partir de estas premisas, Newman expuso su tesis: *la salud es la expansión de la conciencia* (M. Newman, comunicación personal, 2008).

Las suposiciones implícitas de Newman sobre la naturaleza humana incluyen que es un ser unitario, un sistema abierto, en continua interconexión con el sistema abierto del universo, y continuamente comprometido en un patrón evolutivo del todo (M. Newman, comunicación personal, 2000). Ella conceptúa el descubrimiento de la conciencia como un proceso que sucede independientemente de las acciones que realicen las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras ayudan a los pacientes que se ponen en contacto con lo que ocurre y, de ese modo, facilitan el proceso (Newman, 1994).

Newman definió «el cuidado en la experiencia de la salud humana» (M. Newman, comunicación personal, 2004; Newman et al., 1991, p. 3) como el foco de la enfermería y especificó que este foco es el metaparadigma de la disciplina. Afirma que los conceptos interrelacionados de enfermería, persona, salud y entorno son inherentes dentro de este foco (M. Newman, comunicación personal, 2004). Procediendo de un paradigma transformador y unitario de la disciplina, Newman no consideraba estos conceptos de forma aislada y por eso no los analizó por separado, sino que trabaja acerca de la enfermería y la salud. En los párrafos siguientes se emplean las definiciones implícitas en el trabajo de Newman para comentar los cuatro componentes.

Enfermería

Newman subraya la primacía de las relaciones como centro de la enfermería, tanto las relaciones enfermera-paciente como las relaciones dentro de la vida de los pacientes (Newman, 2008). Durante las relaciones dialécticas enfermera-paciente, los pacientes entran en contacto con el sentido de sus vidas a través de la identificación de significados en el proceso de sus patrones evolutivos de relación (Newman, 2008). «El énfasis

de este proceso está en conocer/cuidar a través del reconocimiento de patrones» (Newman, 2008, p. 10). La comprensión de estos patrones permite a los pacientes visualizar las posibilidades de acción, lo que luego abre el camino para la transformación (Newman, 1990a).

Las enfermeras facilitan el reconocimiento de patrones en los pacientes estableciendo relaciones con ellos en puntos críticos de sus vidas y conectando con ellos de forma auténtica. La relación enfermera-paciente se caracteriza por «un acercamiento y alejamiento rítmico a medida que los pacientes hacen frente a una alteración de su estado organizado y predecible» (Newman, 1999, p. 228). Afirmó que las enfermeras siguen conectando con los pacientes a medida que pasan por periodos de desorganización e imprevisibilidad para llegar a un estado superior y organizado (Newman, 1999). La enfermera se aproxima a los clientes en puntos de elección críticos de sus vidas y participa con ellos en el proceso de expansión de la conciencia. La relación se caracteriza por la ritmicidad y la temporalidad, de forma que la enfermera se inhibe de la necesidad de dirigir la relación o fijar sus aspectos. Cuando la enfermera renuncia a la necesidad de manipular o controlar, hay una mayor capacidad para entablar esta colaboración fluctuante y rítmica con la persona atendida (Newman, 1999). Newman representó de forma esquemática esta interacción de acercamiento y alejamiento enfermera-persona atendida a través de los procesos de reconocimiento, introspección y transformación (fig. 23.1). Las enfermeras son compañeras en el proceso de expansión de la conciencia y también se transforman y mejoran sus vidas en el proceso dialógico (Newman, 2008). Como facilitadoras, las enfermeras ayudan a una persona, familia o comunidad a centrarse en los patrones de relación (M. Newman, comunicación personal, 2004; Pharris, 2005). Por tanto, el proceso de enfermería corresponde al reconocimiento de patrones.

La primera sugerencia de Newman (Newman, 1995b) fue que los patrones unitarios de interacción persona-entorno podrían utilizarse para facilitar el reconocimiento de patrones por parte de las personas atendidas. En aquella época, los patrones pretendían guiar a las enfermeras para que hicieran observaciones holísticas de «las conductas persona-entorno que en conjunto representan un patrón muy específico de la totalidad de cada persona» (Newman, 1995b, p. 261). Posteriormente, Newman (2008) insistió en concentrarse en lo que es más significativo para las personas atendidas en sus propias historias y patrones de relación.

Dentro de la teoría, el papel de la enfermera en las interacciones enfermera-personas atendidas se percibe como una presencia de cuidado (Newman, 2008). La enfermera percibe los patrones en las historias o secuencias de acontecimientos de los clientes, que se modifican con la nueva información. Según Newman (2008), es importante que las enfermeras vean las historias de los clientes de forma integral. Mediante la escucha activa, la enfermera accede a la totalidad a través de las partes e intuye la totalidad a partir del patrón. Las diferencias se interpretan como parte de una totalidad unificada. La

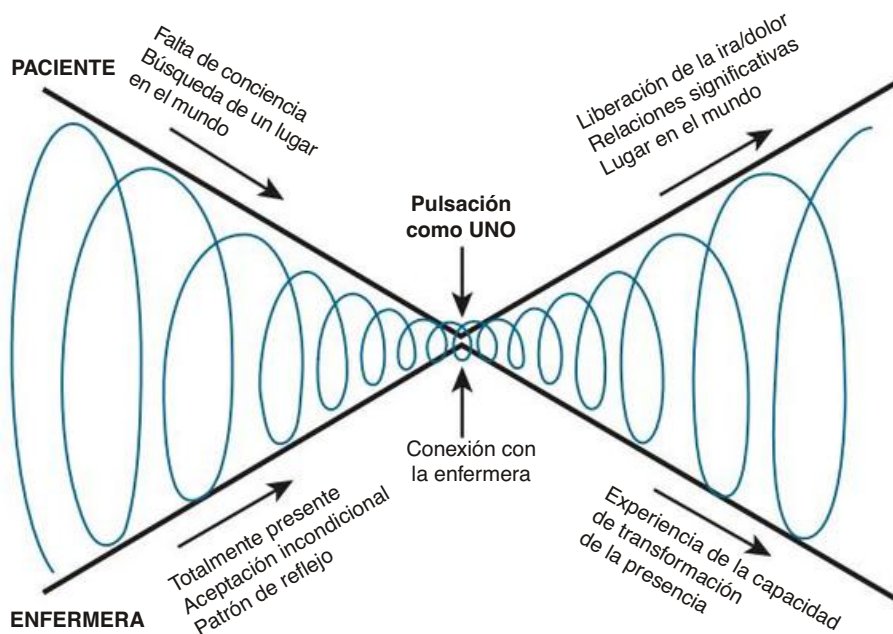


Fig. 23.1 La enfermera y el paciente se aproximan y se alejan en el proceso de reconocimiento, introspección y transformación. (Tomado de Newman, M. A. [2008]. *Transforming presence: The difference that nursing makes*. Philadelphia: F. A. Davis.)

enfermera facilita la introspección de la persona atendida a través de la participación en el proceso de reconocimiento de patrones, abriendo posibilidades de acción.

Persona

En toda la obra de Newman, los términos *cliente*, *paciente*, *persona*, *individuo* y *ser humano* se utilizan indistintamente. Los clientes son los participantes en el proceso de transformación.

Las personas como individuos se identifican por sus patrones individuales de conciencia (Newman, 1986) y se definen como «centros de conciencia dentro de un patrón general de conciencia en expansión» (Newman, 1986, p. 31). La definición de personas incluye a la familia y a la comunidad (Newman, 1994).

Entorno

Aunque el entorno no se define explícitamente, se describe como el conjunto más amplio que contiene la conciencia del individuo. El patrón de la conciencia de la persona interactúa en el seno del patrón de conciencia de la familia y dentro del patrón de interacciones comunitarias (Newman, 1986). Un supuesto importante es que «la conciencia es coextensiva en el universo y reside en toda la materia» (Newman, 1986, p. 33). La persona atendida/cliente y el entorno se ven como un patrón unitario en evolución (Newman, 2008).

Newman identificó la interacción entre la persona y el entorno como un proceso clave que crea configuraciones únicas para cada individuo. Los patrones de persona-entorno evolucionan a niveles de conciencia más altos. La asunción es que toda la materia del universo-entorno tiene conciencia, pero a distintos niveles. La interpretación de esta idea de Newman explica que la salud es el patrón de interacción de la persona con el entorno. La enfermedad en un campo de energía humano es la manifestación de un patrón de interacción persona-entorno único.

Salud

La salud es el concepto principal de la teoría de Newman sobre la salud como expansión de la conciencia. La fusión de enfermedad y no enfermedad crea una síntesis considerada como salud (Newman, 1991, 1992, 2008). Tanto la enfermedad como la no enfermedad reflejan el todo más amplio; por lo tanto, se formó un nuevo concepto de salud, «patrón del todo» (Newman, 1986, p. 12). Newman (1999) profundizó en su visión de la salud al afirmar que «la salud es el patrón del todo, y la totalidad es» (p. 228). No es posible ganar o perder la totalidad. Enfermar no disminuye la totalidad o plenitud desde esta perspectiva, pero la totalidad adopta una forma distinta. Newman (2008) afirma que el reconocimiento de patrones es la esencia de la salud emergente. «La salud manifiesta, que abarca la enfermedad y la no enfermedad, puede

considerarse como la explicación del patrón subyacente de persona-entorno» (Newman, 1994, p. 11). Por lo tanto, la salud y el patrón de conciencia en evolución son lo mismo; concretamente, la salud se considera «un proceso de transformación hacia una conciencia más inclusiva» (Newman, 2008, p. 16).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Diseño inicial de los conceptos y proposiciones

Los primeros escritos se centraron en los conceptos de *movimiento, espacio, tiempo y conciencia*. En *Theory Development in Nursing*, Newman (1979) delineó las relaciones entre el movimiento, el espacio, el tiempo y la conciencia. Una de las propuestas planteaba una relación complementaria entre el tiempo y el espacio (Newman, 1979, 1983). Existen ejemplos de esta relación a nivel macrocósmico, microcósmico y humanístico (diario). A nivel humanístico, los individuos muy móviles viven en un mundo con un espacio expandido y un tiempo compartimentalizado. Existe una relación inversa entre el espacio y el tiempo, de modo que cuando el espacio vital de una persona disminuye, por inmovilidad física o social, el tiempo de esa persona aumenta (Newman, 1979).

El **movimiento** es «una forma de hacer realidad el espacio y el tiempo» (Newman, 1983, p. 165). La humanidad se encuentra en un estado de movimiento constante y sufre cambios constantes a nivel interno (celular) y externo (mediante el movimiento corporal y la interacción con el entorno). Este movimiento a través del tiempo y el espacio es responsable de la percepción única de la realidad que tiene la humanidad. El movimiento aporta cambios y permite al individuo experimentar el mundo (Newman, 1979).

También se habló del movimiento como un «reflejo de la conciencia» (Newman, 1983, p. 165). Es una forma de experimentar la realidad y el modo en que el individuo expresa sus pensamientos y sentimientos acerca de la realidad de las experiencias. Un individuo transmite la conciencia de sí mismo a través del movimiento indicado por el lenguaje, la postura y el movimiento corporal (Newman, 1979). Es posible encontrar indicaciones sobre la organización interna de una persona y la percepción que esta tiene del mundo en el ritmo y el patrón de movimiento de la persona. Los patrones de movimiento proporcionan una comunicación adicional más allá de lo que el lenguaje puede transmitir (Newman, 1979).

El concepto de **tiempo** se considera en función del movimiento (Newman, 1979). Esta afirmación fue apoyada por los estudios de Newman (1972) sobre la experiencia del tiempo en relación con el movimiento y el tempo de la marcha. Las investigaciones de Newman demostraron que, cuanto más lentamente camina el individuo, con menor subjetividad experimenta el tiempo. Sin embargo, comparado con el tiempo de reloj, parece que el tiempo «vuela». Aunque los individuos que se mueven rápidamente tienen la sensación subjetiva de

estar «ganando al reloj», refieren que el tiempo parece arrastrarse cuando miran el reloj (Newman, 1972, 1979).

El tiempo también se conceptualiza como una medida de la conciencia (Newman, 1979). Bentov (1977) midió la conciencia con un cociente entre el tiempo subjetivo y el objetivo y propuso este planteamiento. Newman aplicó esta medida de la conciencia a los datos subjetivos y objetivos de su investigación y observó «una conciencia creciente con la edad» (Newman, 1982, p. 293). Newman citaba esta evidencia como apoyo de su idea de que los procesos vitales evolucionan hacia una expansión de la conciencia. Sin embargo, afirmó que ciertos estados de ánimo, como la depresión, podrían ir acompañados de una disminución del sentido del tiempo (Newman y Gaudiano, 1984).

Síntesis de los patrones de movimiento, espacio-tiempo y conciencia

A medida que la teoría evolucionaba, Newman desarrolló una síntesis del patrón de movimiento, espacio, tiempo y conciencia (M. Newman, comunicación personal, 2004, 2008). El tiempo no se conceptualizaba sencillamente como subjetivo u objetivo, sino que se contemplaba con sentido holográfico (Newman, comunicación personal, 2000). Según Newman (1994), «cada momento tiene un orden explicado y también engloba a todos los demás, lo que significa que cada momento de nuestras vidas contiene todos los demás momentos de todo el tiempo» (p. 62). Newman (1986) ilustró la centralidad del espacio-tiempo en el siguiente ejemplo:

«La Sra. V. hizo repetidos intentos de alejarse de su marido y entrar en un programa educativo para ser más independiente. Sentía que no tenía espacio propio y trataba de alejarse (espacio) de su marido. Sentía que no tenía tiempo de ocio (propio), estaba saturada de trabajo y se dedicaba constantemente a cubrir las necesidades de los demás. Era sumisa a las exigencias y críticas de su marido.»

(p. 56)

El espacio, el tiempo y el movimiento se vincularon posteriormente con la afirmación de Newman (1986) de que la intersección movimiento-espacio-tiempo representa a la persona como centro de conciencia. Además, esta varía de una persona a otra, de un lugar a otro y de un momento a otro. Newman (1986) insistió en que la tarea crucial de la enfermería es ser capaz de ver los conceptos de movimiento-espacio-tiempo en relación unos con otros y considerarlos todos a la vez, reconociendo patrones de conciencia en evolución.

En *Health as Expanding Consciousness* (Newman, 1994, 2008), la teoría de Newman incorporó el trabajo del espectro de la conciencia de Young (Young, 1976). Ella observó que el tema central de Young es que el yo y el universo tienen la misma naturaleza. Esta naturaleza esencial no podía definirse, pero se caracterizaba por la completa libertad y la elección sin restricciones tanto al principio como al final de la trayectoria vital (Newman, 1986).

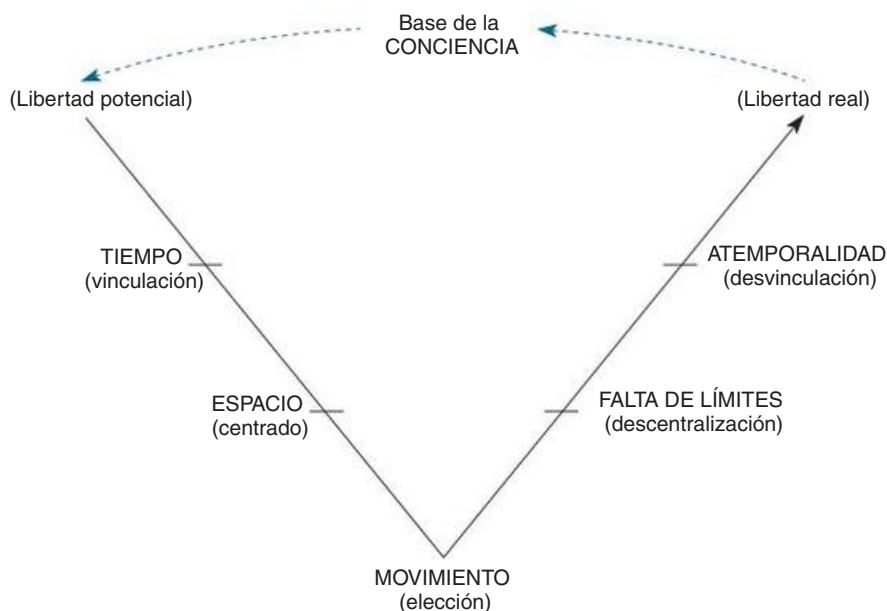


Fig. 23.2 Paralelismo entre la teoría de la expansión de la conciencia de Newman y las etapas de la evolución humana de Young. (Tomado de Newman, M. A. [1990a]. Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3[1], 37-41.)

Newman estableció un corolario entre su modelo de salud como expansión de la conciencia y la concepción de Young sobre la evolución del ser humano (fig. 23.2). Explicó que los individuos surgieron de un estado de conciencia, y que estaban ligados en el tiempo, encontraron su identidad en el espacio y, a través del movimiento, aprendieron la «ley» del funcionamiento de las cosas; entonces tomaron decisiones que, en última instancia, los llevaron más allá del espacio y el tiempo, hasta alcanzar un estado de conciencia absoluta (Newman, 1994).

Newman (1994) también afirmó que las restricciones en el movimiento-espacio-tiempo tienen el efecto de forzar una conciencia que se extiende más allá del yo físico. Cuando se altera el movimiento natural, el espacio y el tiempo se alteran también. Cuando el movimiento está restringido (física o socialmente), es necesario que el individuo se mueva más allá de sí mismo, lo que hace que el movimiento sea un punto de elección importante en el proceso de evolución de la conciencia humana (Newman, 1994). Supuso que la toma de conciencia se correspondía con la «reforma interior, autogenerada, de la que Young [hablaba] como punto de inflexión del proceso» (Newman, 1994, p. 46). Cuando una persona evoluciona a un estado de atemporalidad, la libertad respecto del tiempo aumenta. Finalmente, la última etapa es la conciencia absoluta, que según Newman (1994) se equipara con el amor.

Énfasis en el proceso de la experiencia enfermera-paciente

Al darse cuenta de que las primeras pruebas de investigación de las afirmaciones proposicionales procedían de una visión mecanicista de la conciencia movimiento-espacio-tiempo y

no se ajustaban a los supuestos básicos de su teoría, Newman cambió el enfoque hacia la auténtica implicación de la enfermera investigadora como participante con el paciente en el patrón de expansión de la conciencia (Newman, 2008). El paradigma transformador unitario exigía que la investigación haga honor y revele la naturaleza mutua de la interacción entre enfermera y cliente, el carácter único y pleno del patrón en cada situación de los clientes y el movimiento del proceso vital hacia una conciencia superior.

«Con el paradigma unitario y transformador, el investigador hace honor y revela la naturaleza mutua de la interacción entre la enfermera y el paciente con la intención de ayudar» (Newman, 2008, p. 21). Además, este proceso se centra «en la transformación de un punto con otro e incorpora la singularidad y la totalidad del patrón en cada situación del paciente, y el movimiento del proceso vital hacia un nivel de conciencia superior» (Newman, 2008, p. 21). Newman (2008) afirma: «La naturaleza de la práctica de la enfermería es la relación de cuidado y el reconocimiento de patrones entre la enfermera y el cliente/persona atendida, una relación que es una presencia transformadora» (p. 52).

El protocolo de esta investigación se inició en 1994, y se siguen aplicando variaciones de esta guía en la investigación práctica actual. Litchfield (1999) explicó este proceso como «sabiduría práctica» en su trabajo con familias de niños hospitalizados, y Endo (1998) analizó las fases del proceso en su trabajo con mujeres con cáncer de ovario. Los datos de esta investigación práctica revelan evidencias de la conciencia en expansión en la calidad y conectividad de las relaciones con el cliente y apoyan la importancia de la presencia creativa de las

enfermeras en la introspección de los participantes (Newman, comunicación personal, 2004, 2008). Se han utilizado variaciones de esta práctica investigadora en numerosas poblaciones y situaciones (Newman, 2008; Picard y Jones, 2007).

Este método de indagación se llama **indagación cooperativa** o **participación interactiva integradora**. Newman (1989, 1990a) desarrolló un método para describir los patrones como algo que se desarrolla y evoluciona en el tiempo. Newman (1990a) afirmó que durante el desarrollo de una metodología para comprobar su teoría de la salud, «compartir nuestra percepción (del investigador) del patrón de la persona con la persona fue significativo para los participantes y estimuló nuevas introspecciones con respecto a sus vidas» (p. 37).

En 1994, describió el protocolo de investigación como **dialéctica hermenéutica**, un método que permite que el patrón persona-entorno se revele sin alterar la unidad del patrón (M. Newman, comunicación personal, 2000).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Newman utilizó tanto la lógica inductiva como la deductiva en la elaboración de sus primeras teorías. La lógica inductiva se basa en la observación de situaciones particulares para luego relacionarlas y formar un todo. La teoría del desarrollo de Newman procede de sus investigaciones iniciales sobre la percepción del tiempo y el tempo de la marcha. Posteriormente usaría tiempo y movimiento, junto con el espacio y la conciencia, como componentes centrales de su marco conceptual inicial. Estos conceptos ayudaron a explicar «los fenómenos del proceso vital y, por tanto, de la salud» (Newman, 1979, p. 59). Newman (1997a) describe la evolución de la teoría al pasar de la explicación lineal y la comprobación de los conceptos de tiempo, espacio y movimiento a la elaboración de patrones de interacción como manifestaciones de la expansión de la conciencia. La evolución de la teoría de la salud como expansión de la conciencia, como proceso de evolución junto con la investigación, pasó por varias etapas (Newman, 1997a, 1997b). Estos estadios incluyeron la demostración de las relaciones de los conceptos de movimiento, espacio y tiempo, la identificación de los patrones persona-ambiente secuenciales y el reconocimiento de la centralidad de las relaciones enfermera-paciente o el diálogo para la progresiva introspección del paciente y el potencial de acción acompañante. En realidad, el proceso se volvió cíclico a medida que los conceptos originales de movimiento-espacio-tiempo surgieron como dimensiones en el proceso evolutivo unitario de la conciencia (Newman, 1997a).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

Newman cree que la investigación dentro de la teoría de la salud como expansión de la conciencia es la praxis, que define como un «proceso mutuo entre la enfermera y el paciente con

la intención de ayudar» (Newman, 2008, p. 21). La investigación y la práctica se entrelazan con la teoría.

Desde el punto de vista de Newman, la responsabilidad de las enfermeras es establecer una relación primaria con el individuo-participante con el fin de identificar patrones significativos y facilitar el potencial de acción y la capacidad de decisión del individuo-participante (Newman, 2008). La comunicación y la colaboración con otras enfermeras, asociados y profesionales sanitarios son esenciales (Newman, 1989). Las enfermeras como principales profesionales de cuidado centrados por completo en las relaciones con el individuo pueden relacionarse bien con su perspectiva del papel profesional de la enfermera. Desde la perspectiva de Newman, la enfermería es el estudio del «cuidado en la experiencia de la salud humana» (Newman et al., 1991, p. 3). El papel de la enfermera es ayudar a los individuos a reconocer su patrón, que ilumina el potencial de acción y da paso a la transformación. La *praxis* enfermera se considera un «proceso mutuo entre la enfermera y el paciente con la intención de ayudar» (Newman, 2008, p. 21).

La teoría se ha utilizado en la práctica con diversas poblaciones de pacientes. Kalb (1990) aplicó la teoría de la salud de Newman al tratamiento clínico de mujeres embarazadas hospitalizadas por complicaciones materno-fetales. Smith (1995) se centró en la salud de las mujeres afroamericanas de las zonas rurales. Yamashita (1998, 1999) estudió a los cuidadores familiares japoneses y canadienses, y Rosa (2006, 2016) trabajó con personas que presentaban heridas cutáneas crónicas. Benzein et al. (2014) encontraron conversaciones entre familias suecas que reflejaban el bienestar de Newman y que controlaban mejor su salud. Kamau et al. (2015) aplicaron la teoría de Newman para diseñar los cuidados de enfermería de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Kenia, África. Pierre-Louis et al. (2011) estudiaron los patrones en la vida de las mujeres afroamericanas con diabetes, MacLeod (2011) exploró las experiencias de los cónyuges cuidadores y Ness (2009) aplicó la teoría para estudiar la expresión del dolor perioperatorio en mujeres somalíes.

Los estudios se han centrado en el patrón de personas con artritis reumatoide (Schmidt et al., 2003) y de pacientes con cáncer (Barron, 2005; Endo, 1998, 2017; Kiser-Larson, 2002; Newman, 1995c), cardiopatía coronaria (Newman y Moch, 1991), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Jonssdottir, 1998) y VIH y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Kamau et al., 2015; Lamendola y Newman, 1994).

Hayes (2015) utilizó la teoría de Newman para estudiar el patrón en mujeres encarceladas. Hatzfeld et al. (2016) describieron los factores que influyen en la conducta de salud del personal militar y que se correspondían con la teoría de Newman. Litchfield (1999) exploró el patrón de las relaciones enfermera-cliente o persona atendida en familias con enfermedades frecuentes y hospitalizaciones de niños pequeños y su uso en la salud familiar. Weingourt (1998) describió el uso de la teoría de la salud de Newman en ancianos que vivían en residencias, y Capasso (2005) describió la mejor recuperación

emocional y física de los pacientes como consecuencia del uso de la teoría en las interacciones enfermera-cliente o persona atendida.

Otros estudios de investigación incluyeron el reconocimiento de patrones de salud en personas con esclerosis múltiple (Neill, 2005), el cuidado de personas con demencia por sus cónyuges (Brown y Alligood, 2004; Brown et al., 2007), hombres adolescentes encarcelados por asesinato (Pharris, 2002), las experiencias vitales de mujeres negras caribeñas (Peters-Lewis, 2006) y el mantenimiento de la pérdida de peso en patrones vitales de mujeres. Weed (2004) describió el significado de la muerte de un hijo adulto para un anciano. En 2002, Picard describió la experiencia de los familiares que viven la muerte repentina de un hijo. Otros estudiosos exploraron la facilitación de la salud por parte de las enfermeras como expansión de la conciencia en familias de niños con necesidades sanitarias especiales (Falkenstern, 2003).

La salud como expansión de la conciencia se utilizó para obtener los patrones de expansión de la conciencia en mujeres de mediana edad (Picard, 2000) y mujeres que se encuentran en la transición a la menopausia (Musker, 2005), y los patrones en las familias de niños frágiles por causas médicas (Tommet, 2003). Endo et al. (2005) llevaron a cabo una investigación de acción en la que participaron enfermeras en activo y descubrieron que las enfermeras experimentaban un significado más profundo en sus vidas y el poder transformador del reconocimiento de patrones al trabajar con los clientes o personas atendidas. Flanagan (2005) observó que las enfermeras preoperatorias que utilizan la salud como expansión de la conciencia vieron el efecto de su presencia en los cambios de las experiencias de los pacientes. Ruka (2005) utilizó el reconocimiento de patrones en personas con demencia en determinados entornos asistenciales. En 2012, Haney y Tufts utilizaron la salud como expansión de la conciencia para elaborar un estudio de atención médica domiciliaria sobre la comunicación electrónica para el bienestar y la satisfacción de los padres con hijos frágiles por causas médicas. Bateman y Merryfeather (2014) describieron el beneficio personal positivo sobre la vida de las enfermeras que basaron su práctica en la teoría de Newman.

Formación

Newman afirmó que, idealmente, «las enfermeras deben tener libertad para relacionarse con los pacientes en una asociación continua que no se limite a un lugar o tiempo determinados» (Newman, 1986, p. 89). Cuando los alumnos y los profesores se involucran en la conciencia intuitiva, generan una resonancia mutua y transformadora (Endo et al., 2007).

La teoría de Newman en relación con la formación en enfermería revela que la enseñanza del método de investigación de la praxis también enseña a los estudiantes un método de práctica que es congruente con la teoría, y es un medio para que los estudiantes experimenten la transformación a través del reconocimiento de patrones (Newman, 2008). Newman

considera la teoría, la práctica y la investigación como un proceso más que como dominios separados. La enseñanza de la teoría de la salud como expansión de la conciencia pasa desde una percepción dicotómica de la salud a la enfermedad como manifestación de la salud. Aprender a abandonar el control profesional y respetar las elecciones del paciente es parte integral de la práctica dentro de este modelo. Los estudiantes y las enfermeras en práctica que usan la teoría de Newman afrontan la transformación personal aprendiendo a reconocer los patrones mediante las interacciones enfermera-cliente o persona atendida (Newman, 1994, 2008).

Tiffany y Hoglund (2016) aplicaron la teoría de Newman a la formación en enfermería con un caso práctico simulado. Otros estudiosos aplicaron la teoría de la salud como expansión de la conciencia a diversos aspectos de la formación en enfermería (Clarke y Jones, 2011; Endo et al., 2007; Picard y Mariolis, 2005; Tiffany y Hoglund, 2016). El uso de la salud como expansión de la conciencia ayuda a los estudiantes a conocer a sus pacientes de forma holística y a aumentar su comprensión y conocimientos sobre la enfermería profesional (Sethares y Gramling, 2014).

Investigación

Desde el principio, la teoría de Newman fue útil en la práctica de la enfermería porque contenía los conceptos de movimiento y tiempo que utiliza la profesión de enfermería y que son intrínsecos a las intervenciones de enfermería, como la amplitud de movimiento y la deambulación (Newman, 1987a). Las investigaciones iniciales sobre esta teoría manipularon los conceptos de espacio, tiempo y movimiento. Además de Newman, varios investigadores realizaron estudios sobre el tiempo, el espacio o el movimiento (Mentzer y Schorr, 1986; Newman y Gaudiano, 1984; Schorr y Schroeder, 1989). La conducta, la orientación temporal y la ansiedad ante la muerte son manifestaciones de la conciencia con resultados desiguales (Schorr y Schroeder, 1991). Marchione (1986) investigó el significado de los eventos discapacitantes en familias en las que una persona adicional pasaba a formar parte del núcleo familiar. Los resultados sugirieron que la adición fue un acontecimiento perturbador para la familia y dio lugar a alteraciones en el tiempo, el espacio, el movimiento y la conciencia, lo que sugiere que el concepto de patrón de Newman contribuye a comprender las interacciones familiares.

Esta conciencia ha conducido a décadas de investigación y progreso con el proceso de patrones hermenéuticos para la investigación y práctica de la enfermería. La investigación de Newman como *praxis* «implica la interacción entre el yo del cliente o persona atendida y la perspectiva teórica encarnada de los investigadores... la teoría ilumina la experiencia, que a su vez ilumina la teoría» (2008, p. 21). Smith (2011) ofrece una revisión exhaustiva de los estudios realizados entre 1990 y 2009 utilizando el método de la praxis de la salud como expansión de la conciencia como «el proceso unificado de teoría, investigación y práctica» (p. 256).

Flanagan (2010) utilizó la salud como expansión de la conciencia para estudiar los patrones de vida de los ancianos hospitalizados por una exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y descubrió que los participantes disfrutaban compartiendo sus experiencias vitales y su significado personal con la enfermera. Al estudiar el patrón de cuidado mutuo dentro de las parejas mayores que viven una vida plena, Antonelli (2018) encontró un patrón de despliegue en las parejas mayores a lo largo del tiempo, una nueva conciencia a los acontecimientos, e individuos que fundamentaron toda la vida. Berry et al. (2019) estudiaron la integración de una intervención basada en la evidencia para mejorar la nutrición y la actividad física en adultos y niños. En una revisión integrada, guiada por la salud como expansión de la conciencia, Walsh (2020) organizó la literatura relacionada con los inmigrantes adultos emergentes del norte de Centroamérica y el patrón de consumo de alcohol en tres subcategorías teóricas guiadas por la salud como expansión de la conciencia (*vinculación, galope y elección y movimiento*), proporcionando oportunidades para la expansión de la conciencia dentro del patrón de autoconciencia. Los resultados promueven las revisiones integradas de carácter teórico.

Smith (2019), al describir los últimos 50 años de desarrollo de la teoría de la enfermería, identificó cuatro áreas conceptuales descritas por los teóricos como «la integridad humana, la curación, la salud y el bienestar, la relación hombre-torno-salud y el cuidado» (p. 10). La teoría de Newman estaba presente en las cuatro áreas conceptuales.

EVOLUCIÓN

Newman consideraba que la salud como expansión de la conciencia surgía de una perspectiva rogeriana, con la incorporación de teorías del cuidado y la proyección de un proceso transformador (Newman, 2005). Los estudios de investigación anteriores y la aplicación a la práctica de la enfermería apoyan la teoría de la salud como expansión de la conciencia, iluminando la importancia del reconocimiento de patrones en el proceso de expansión de la conciencia. La teoría se ha usado para explorar la experiencia de la salud en el seno de la enfermedad, apoyando las premisas de la teoría de que las situaciones disruptivas consiguen un efecto catalítico y facilitan el movimiento a niveles superiores de conciencia.

CRÍTICA

Claridad

Hay claridad semántica en las definiciones, descripciones y dimensiones de los conceptos de la teoría. El lenguaje utilizado, el orden lógico y el proceso explicativo contribuyen a su claridad.

Sencillez

El significado más profundo de la teoría de la salud como expansión de la conciencia es complejo. Se debe comprender la teoría como un conjunto en lugar de aislar los conceptos. Newman defendió en la edición de 1994 de su libro *Health as Expanding Consciousness* que el enfoque holístico del método dialéctico hermenéutico es coherente con la teoría y requiere un alto nivel de comprensión de la teoría por parte del investigador para ampliar la teoría a la investigación práctica (M. Newman, comunicación personal, 1996).

Generalidad

Los conceptos de la teoría de Newman tienen un amplio alcance, y todos ellos están relacionados con la salud. Esta teoría se ha utilizado con muchas culturas y en un amplio espectro de situaciones de cuidado enfermero (Newman, comunicación personal, 2004). La aplicación de la teoría tiene una naturaleza universal. Esta amplia perspectiva ha permitido el foco para desarrollar una teoría de nivel medio. La consideración de los hallazgos de la investigación sigue expandiendo la generalizabilidad de la teoría.

Accesibilidad

Las primeras etapas de desarrollo de la teoría se comprobaron con el modo científico cuantitativo tradicional. El abordaje dialéctico hermenéutico se desarrolló posteriormente y se ha empleado mucho para explicar por completo su significado y aplicación, demostrando las áreas de aplicación y la modalidad para la práctica clínica. La teoría se puede emplear con individuos y también con grupos para influir sobre el desarrollo de la política sanitaria, la práctica y la investigación. Su aplicación a la práctica modifica la prestación de los cuidados y afecta a la vida de las enfermeras y sus pacientes. Las enfermeras han referido que, una vez que llegan a conocer a la persona y el patrón utilizando el marco, es difícil utilizar cualquier otro tipo de práctica (Newman, 2008).

Importancia

El enfoque de la teoría de la salud de Newman como expansión de la conciencia proporciona una guía evolutiva para todas las disciplinas relacionadas con la salud. En el intento de comprender el fenómeno de la salud, esta perspectiva única de la salud obliga a las enfermeras a establecer la diferencia en la práctica enfermera mediante la aplicación de esta teoría. La salud como expansión de la conciencia de Newman proporciona una perspectiva de la enfermería que reconoce y hace honor a las historias de los clientes o personas atendidas, sus atributos y experiencias únicas, sus deseos y objetivos y su viaje vital (Bateman y Merryfeather, 2014; Newman, 1994). El volumen de bibliografía recogido en este capítulo pone de manifiesto la importancia global de la teoría enfermera de Newman.

RESUMEN

Aunque Newman comenzó con un enfoque racional y empírico que era a la vez inductivo y deductivo, lo encontró restrictivo y «no compatible con el paradigma del que derivó la teoría» (1997a, p. 23). Con el tiempo, el trabajo de Newman evolucionó hacia un abordaje más interactivo e integrador, pero siguió siendo objetivo y controlado. Cuando se alejó del paradigma científico con su objetividad y control y permitió que los principios de su paradigma teórico orientaran la investigación, empezó a visualizar el núcleo del patrón y el proceso como práctica de enfermería. Vio que el patrón evolutivo en proceso necesitaba un abordaje de proceso mutuo, en lugar de una observación objetiva. La manifestación de los patrones demuestra que la conciencia en expansión se relaciona con la calidad y conectividad de las relaciones. La presencia creativa de la enfermera investigadora resultaba vital

para la introspección del participante. Newman (1986) concluyó que los individuos experimentan una teoría al vivirla. Identificó su investigación como dialéctica hermenéutica. La teoría de la salud como expansión de la conciencia, junto con el método de investigación como práctica, se emplea de forma extensa en la práctica enfermera con numerosos grupos y contextos, en la formación enfermera y en la investigación en enfermería en EE. UU. y en todo el mundo. En un escrito reciente, Jones y Flanagan (2020) conjeturaron la respuesta de Margaret a los desafíos disruptivos del mundo actual. «Utilizando la lente teórica de la salud como expansión de la conciencia, Margaret sugeriría de manera reflexiva y cautelosa que estar expuestos a los cambios globales y dramáticos de la época ya ha comenzado a remodelarnos/reorganizarnos».

CASO CLÍNICO

Alicia es una viuda de 81 años que vive sola en un complejo de apartamentos para personas con escasos recursos en una pequeña ciudad rural de los Apalaches desde la muerte de su marido hace 8 años. Solo le sobrevive un familiar, una nieta, que vive a unos 50 km. Alicia nunca aprendió a conducir y depende de su nieta para asistir a las citas con el médico, hacer la compra y conseguir los medicamentos. Gana 824 dólares mensuales y necesita varios fármacos de venta con receta caros para la artrosis, la hipertensión y sus problemas cardíacos. Sufre artrosis en las rodillas y necesita un andador para apoyarse y garantizar su seguridad cuando se desplaza por el apartamento. Una enfermera visitante acude cada semana a su domicilio para controlar la presión arterial y ponerle una inyección por la artrosis. La enfermera observa que la paciente tiene la tensión arterial alta y Alicia le dice que no ha podido comprar los fármacos porque su nieta tiene el coche averiado. Alicia dice que le queda poca comida en el apartamento porque no puede salir a comprarla.

Alicia admite que apenas conoce o habla con sus vecinos a pesar de llevar 8 años viviendo allí, que todavía se siente como una extraña y no quiere «entrometerse». Dice que odia molestar a los demás y «no lo haría salvo que no quedara otro remedio». Dice que a veces siente tristeza por «su gente», que ha fallecido.

La enfermera visitante que trabaja con Alicia reconoce la situación actual como un punto de elección, con potencial para aumentar la interacción con los demás y aumentar la conciencia. Los métodos antiguos no funcionan ya con Alicia y se tienen que buscar nuevas formas de relación. La enfermera incorpora los elementos del método de Newman para ayudar a Alicia a reconocer el patrón y descubrir nuevos potenciales para la acción. Cuando la enfermera consigue que Alicia le cuente su historia, logra que Alicia reconozca los patrones antiguos de relación y cómo las circunstancias

actuales los han modificado mediante diálogo e interacción. Alicia le cuenta que ella y su marido residieron durante 56 años en una casa rural de montaña, con escasos vecinos, salvo dos hermanas y su hija. Todos eran autosuficientes, cultivaban grandes jardines, tenían su propio ganado y raras veces acudían a la ciudad. Todos sus familiares están muertos, salvo su nieta, que le insistió en que se marchara de la casa rural y se desplazara a la ciudad tras el fallecimiento de su marido.

Parece evidente que los patrones previos de Alicia eran los de la independencia y limitación del contacto social a los familiares de forma principal.

La enfermera comparte sus percepciones con Alicia, que confirma y verifica el patrón. Alicia afirma: «No sé durante cuánto tiempo más me voy a poder apañar yo sola». La enfermera la ayuda a explorar las fuentes de ayuda, además de la nieta, lo que puede ayudar a que Alicia siga en su apartamento con la máxima independencia posible. Alicia le cuenta que hay un vecino, que vive a unas pocas puertas de ella, que se ha parado varias veces a preguntarle si necesitaba algo de la frutería, pero que nunca le ha pedido nada porque odia molestarle y no quiere «que la mantengan». Tras analizar la situación un poco más, decide que le va a pedir que traiga algunos alimentos básicos y los fármacos, y que lo recompensará haciendo pan, porque, según afirmó, «me encanta cocer pan y no he tenido muchas personas para las que hacerlo».

En las siguientes visitas semanales, Alicia y la enfermera exploran la posibilidad de conseguir medicamentos a un precio reducido a través de la clínica local gestionada por enfermeras. Alicia afirma que podría tratar de conocer a algunos de sus vecinos. La enfermera ayuda a Alicia a organizar los planes para que un autobús para ancianos la recoja cuando tenga que ir a consulta médica. Cuando Alicia empieza a crear su propio

CASO CLÍNICO (cont.)

sistema de apoyo, encuentra que depende menos de la ayuda de la enfermera para mantener su independencia, y pueden retomar su patrón de control de enfermería de la presión arterial y administración semanal de la inyección. Sin embargo,

Alicia y la enfermera han desarrollado una relación que las ha transformado a ambas, y la enfermera suele percibir al llegar un olor a pan recién horneado y recibe la invitación para «darle un pellizco al pan». Ambas disfrutan de esta nueva relación.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Describa su propia percepción de la salud y la enfermería y compare sus opiniones con las de Newman.
2. Describa la percepción de la enfermería utilizando la salud como expansión de la conciencia.
3. ¿Cómo es esta percepción en la relación enfermera-paciente?
4. ¿Cómo orienta esta percepción el desarrollo del conocimiento enfermero?
5. ¿Qué cambió la perspectiva de Newman sobre la salud, la práctica de la enfermería (p. ej., como intervención) y la investigación a lo largo del tiempo?
6. Piense en un paciente que haya atendido en el pasado y describa cómo el uso de la salud como expansión de la conciencia podría haber cambiado su práctica con ese paciente.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Brown, J. W., & Alligood, M. R. (2014). Newman's theory of health and nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 394–411). St. Louis, MO: Mosby-Elsevier.
- Endo, E. (2017). Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness and a nursing intervention from a unitary perspective. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 50.
- Fujiwara, Y., & Endo, E. (2017). A patient with cancer and her family in caring partnership based on Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(3), 265–268.
- Newman, M. A. (1997). *Margaret Newman: Health as expanding consciousness* (vídeo). Disponible en Fitne, Inc., 5 Depot Street, Athens, OH 45701, (800) 691–8480.
- Newman, M. A. (2008). *Transforming presence: The difference that nursing makes*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Rosa, K. (2016). Integrative review on the use of Newman Praxis relationship in chronic illness. *Nursing Science Quarterly*, 29(3), 211–218.
- Smith, M. C. (2011). Integrated review of research related to Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 24(30), 256–277.
- Younas, A., & Parveen, S. (2017). Finding patterns of meaning: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. *Creative Nursing*, 23(4), 58–65.

BIBLIOGRAFÍA

- Acton, H. B. (1967). George Wilhelm Freidrich Hegel 1770–1831. In P. Edwards (Ed.), *The encyclopedia of philosophy* (Vols. 3 & 4). New York: Macmillan & Free Press.
- Antonelli, M.T. (2018). *The experience of older adult couples living with chronic illness at home: Through the lens of Health as Expanding Consciousness* [Doctoral dissertation, Connell School of Nursing, Boston College]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 10838541).
- Barron, A. (2005). Suffering, growth, and possibility: Health as expanding consciousness in end-of-life care. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret*

Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education (pp. 45–50). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

- Bateman, G. C., & Merryfeather, L. (2014). Newman's theory of health as expanding consciousness: A person evolution. *Nursing Science Quarterly*, 27(1), 57–61.
- Bentov, I. (1977). *Stalking the wild pendulum*. New York: Dutton.
- Benzein, E., Olin, C., & Persson, C. (2014). 'You put it all together'—families' evaluation of participating in family health conversations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 136–144.
- Berry, D. C., Currin, E. G., & Neal, M. N. (2019). The process of integrating an evidence-based intervention into a public

- health department to improve nutrition and physical activity behaviors in parents and children. *Journal of Community Health Nursing*, 36(3), 147–154.
- Bohm, D. (1980). *Wholeness and the implicate order*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Brown, J. W., & Alligood, M. R. (2004). Realizing wrongness: Stories of older wife caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 23(2), 104–119.
- Brown, J. W., Chen, S. L., Mitchell, C., & Province, A. (2007). Help-seeking by older husbands caring for wives with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 352–360.
- Capasso, V. A. (2005). The theory is the practice: An exemplar. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 63–71). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Clarke, P. N., & Jones, D. A. (2011). Expanding consciousness in nursing education and practice. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 223–226.
- Cowling, W. (2019). Thoughts on the passing of Margaret Newman. *Journal of Holistic Nursing*, 37(1), 4–5.
- Endo, E. (1998). Pattern recognition as a nursing intervention with Japanese women with ovarian cancer. *Advances in Nursing Science*, 20(4), 49–61.
- Endo, E., Miyahara, T., Sizuli, S., & Ohmasa, T. (2005). Partnering of researcher and practicing nurses for transformative nursing. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 138–145.
- Endo, E., Nitta, N., Inayoshi, M., Saito, R., Takemura, K., Minegishi, H., et al. (2000). Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 603–610.
- Endo, E., Takaki, M., Abe, K., Terashima, K., & Nitta, N. (2007). Creating a helping model with nursing students who want to quit smoking: Patterning in a nursing student-teacher partnership based on M. Newman's theory of health. [Paper presentation] The Power of Caring: The Gateway to Healing. In *29th Annual International Association for Human Caring Conference*.
- Falkenstern, S. K. (2003). *Nursing facilitation of health as expanding consciousness in families who have a child with special health care needs* [Unpublished doctoral dissertation]. University Park, PA: Pennsylvania State University.
- Flanagan, J. M. (2005). Creating a healing environment for staff and patients in a pre-surgery clinic. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Flanagan, J. (2010). The life patterns of individuals who had been recently hospitalized for an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 210, 205–214.
- Haney, T., & Tufts, K. A. (2012). A pilot study using electronic communication in home healthcare: Implications on parental well-being and satisfaction caring for medically fragile children. *Home Healthcare Nurse*, 30(4), 216–224.
- Hatzfeld, J., Nelson, M., Waters, C., & Jennings, B. (2016). Factors influencing health behaviors among active duty Air Force personnel. *Nursing Outlook*, 64(5), 440–449.
- Hayes, M. (2015). The life pattern of incarcerated women: The complex and interwoven lives of trauma, mental illness, and substance abuse. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 214–222.
- Jones, D., & Flanagan, J. (2020). COVID 19—What would Margaret Newman say. *Nursology.net*. <https://nursology.net/2020/06/30/covid-19-what-would-margaret-newman-say/>.
- Jonsdottir, H. (1998). Life patterns of people with chronic obstructive pulmonary disease: Isolation and being closed in. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 160–166.
- Kalb, K. A. (1990). The gift: Applying Newman's theory of health in nursing practice. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 163–186). New York: National League for Nursing.
- Kamau, S. M., Rotich, R. J., & Mwembe, D. J. (2015). Applying Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness to psychosocial nursing care of HIV infected patients in Kenya. *American Journal of Nursing Science*, 4(1), 6–11.
- Kiser-Larson, N. (2002). Life pattern of native women experiencing breast cancer. *International Journal for Human Caring*, 6(2), 61–68.
- Lamendola, F. P., & Newman, M. A. (1994). The paradox of HIV/AIDS as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*, 16(3), 13–21.
- Litchfield, M. (1999). Practice wisdom. *Advances in Nursing Science*, 22(2), 62–73.
- MacLeod, C. E. (2011). Understanding experiences of spousal caregivers with health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 245–255.
- Marchione, J. M. (1986). Pattern as methodology for assessing family health: Newman's theory of health. In P. Winstead (Ed.), *Case studies in nursing theory* (pp. 214–240). New York: National League for Nursing.
- Mentzer, C., & Schorr, J. A. (1986). Perceived situational control and perceived duration of time: Expressions of life patterns. *Advances in Nursing Science*, 9(1), 13–20.
- Moss, R. (1981). *The I that is we*. Millbrae, CA: Celestial Arts.
- Musker, K. M. (2005). *Life patterns of women transitioning through menopause* [Doctoral dissertation, Loyola University, Chicago]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3180957).
- Neill, J. (2005). Recognizing pattern in the lives of women with multiple sclerosis. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know* (pp. 153–165). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Ness, S. M. (2009). Pain expression in the perioperative period: Insights from a focus group of Somali women. *Pain Management Nursing*, 10(2), 65–75.
- Newman, M. A. (1972). Time estimation in relation to gait tempo. *Perceptual and Motor Skills*, 34, 359–366.
- Newman, M. A. (1979). *Theory development in nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Newman, M. A. (1982). Time as an index of expanding consciousness with age. *Nursing Research*, 31, 290–293.

- Newman, M. A. (1983). Newman's health theory. In I. W. Clements, & F. B. Roberts (Eds.), *Family health: A theoretical approach to nursing care* (pp. 161–175). New York: Wiley.
- Newman, M. A. (1986). *Health as expanding consciousness*. Mosby: St. Louis.
- Newman, M. A. (1987a). Aging as increasing complexity. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(9), 16–18.
- Newman, M. A. (1987b). Patterning. In M. Duffy, & N. J. Pender (Eds.), *Conceptual issues in health promotion. A report of proceedings of a Wingspread Conference, Racine, WI, April 13-15, 1987* (pp. 36–50). Indianapolis: Sigma Theta Tau.
- Newman, M. A. (1989). The spirit of nursing. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 1–6.
- Newman, M. A. (1990a). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3(1), 37–41.
- Newman, M. A. (1990b). Shifting to higher consciousness. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 129–139). New York: National League for Nursing.
- Newman, M. A. (1991). *Health conceptualizations*. In J. J. Fitzpatrick, R. L. Taunton, & A. K. Jacox (Eds.), *Annual review of nursing research* (9 pp. 221–242). New York: Springer.
- Newman, M. A. (1992). Nightingale's vision of nursing theory and health. In F. Nightingale (Ed.), *Notes on nursing: What it is and what it is not* (commemorative edition) (pp. 44–47). Philadelphia: Lippincott.
- Newman, M. A. (1994). *Health as expanding consciousness* (2nd ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett (NLN Press).
- Newman, M. A. (1995a). *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman*. New York: National League for Nursing Press.
- Newman, M. A. (1995b). Dialogue: Margaret Newman and the rhetoric of nursing theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27, 261.
- Newman, M. A. (1995c). Recognizing a pattern of expanding consciousness in persons with cancer. In M. A. Newman (Ed.), *A developing discipline: Selected works of Margaret Newman* (pp. 159–171). New York: National League for Nursing Press.
- Newman, M. A. (1997a). Evolution of the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 22–25.
- Newman, M. A. (1997b). Experiencing the whole. *Advances in Nursing Science*, 20, 34–39.
- Newman, M. A. (1999). The rhythm of relating in a paradigm of wholeness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31, 227–230.
- Newman, M. A. (2003). A world of no boundaries. *Advances in Nursing Science*, 26(4), 240–245.
- Newman, M. A. (2005). Foreword. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness* (pp. xii–xxv). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Newman, M. A., & Gaudiano, J. K. (1984). Depression as an explanation for decreased subjective time in the elderly. *Nursing Research*, 33, 137–139.
- Newman, M. A., Lamb, G. S., & Michaels, C. (1991). Nurse case management: The coming together of theory and practice. *Nursing and Health Care*, 12, 404–408.
- Newman, M. A., & Moch, S. D. (1991). Life patterns of persons with coronary heart disease. *Nursing Science Quarterly*, 4(4), 161–167.
- Newman, M. A., Sime, M. A., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14, 1–6.
- Peters-Lewis, A. (2006). *How the strong survive: Health as expanding consciousness and the life experiences of Black Caribbean women* [Doctoral dissertation, Boston College].
- Pharris, M. D. (2002). Coming to know ourselves as community through a nursing partnership with adolescents convicted of murder. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 21–42.
- Pharris, M. D. (2005). Engaging with communities in a pattern recognition process. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 83–93). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Pharris, M. D. (2019). Tribute to Margaret Newman. *Nursology.net*.
- Picard, C. A. (2000). Pattern of expanding consciousness in mid-life women: Creative movement and the narrative as modes of expression. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 150–157.
- Picard, C. (2002). Family reflections on living through sudden death of a child. *Nursing Science Quarterly*, 15(3), 242–250.
- Picard, C., & Jones, D. (Eds.) (2007). *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Picard, C., & Mariolis, T. (2005). Praxis as a mirroring process: Teaching psychiatric nursing grounded in Newman's health as expanding consciousness. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 118–122). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Pierre-Louis, B., Akoh, V., White, P., & Pharris, M. D. (2011). Patterns in the lives of African-American women with diabetes. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 227–236.
- Reed, P. G. (1996). Transcendence: Formulating nursing perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 9(1), 2–4.
- Rogers, M. E. (1970). Nursing, a science of unitary man. In J. P. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rosa, K. C. (2006). A process model of healing and personal transformation in persons with chronic skin wounds. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 349–358.
- Ruka, S. (2005). Creating balance: Rhythms and patterns in people with dementia living in a nursing home. In C. Picard, & D. Jones (Eds.), *Giving voice to what we know: Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness in nursing practice, research, and education* (pp. 95–104). Sudbury, MA: Jones Bartlett.
- Schmidt, B. J., Brauer, D. J., & Peden-McAlpine, C. (2003). Experiencing health in the context of rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly*, 16(2), 155–162.
- Schorr, J. A., & Schroeder, C. A. (1989). Consciousness as a dissipative structure: An extension of the Newman model. *Nursing Science Quarterly*, 2(4), 183–193.

- Schorr, J. A., & Schroeder, C. A. (1991). Movement and time: Exertion and perceived duration. *Nursing Science Quarterly*, 4(3), 104–112.
- Sethares, K. A., & Gramling, K. L. (2014). Newman's health as expanding consciousness in baccalaureate education. *Nursing Science Quarterly*, 27(4), 302–307.
- Smith, C. A. (1995). The lived experience of staying healthy in rural African American families. *Nursing Science Quarterly*, 8(1), 17–21.
- Smith, M. C. (2019). Regenerating nursing's disciplinary perspective. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 3–16.
- Tiffany, J. M., & Hoglund, B. A. (2016). Using virtual simulation to teach inclusivity: A case study. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(4), 115–122.
- Tommet, P. A. (2003). Nurse-parent dialogue: Illuminating the evolving pattern of families of children who are medically fragile. *Nursing Science Quarterly*, 16(3), 239–246.
- Walsh, J. H. (2020). *Emerging adult immigrants from Northern Central America and pattern of alcohol use: A nursing driven integrated review using the theory of health as expanding consciousness*. Completed Project for Doctoral Course at Boston College, Connell School of Nursing, Chestnut Hill, MA. (In Review ANS).
- Weed, L. D. (2004). *The meaning of the death of an adult child to an elder: A phenomenological investigation* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Tennessee, Knoxville, TN.
- Weingourt, R. (1998). Using Margaret A. Newman's theory of health with elderly nursing home residents. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(3), 25–30.
- Yamashita, M. (1998). Newman's theory of health as expanding consciousness: Research on family caregiving in mental illness in Japan. *Nursing Science Quarterly*, 11(3), 110–115.
- Yamashita, M. (1999). Newman's theory of health applied to family caregiving in Canada. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 73–79.
- Young, A.M. (1976). *The reflexive universe: Evolution of consciousness*. San Francisco: Robert Briggs.
- Newman, M. A. (1993). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, 40(1), 10–14.
- Newman, M. A. (1994). Theory for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 7(4), 153–157.
- Newman, M. A. (1996). Prevailing paradigms in nursing. In J. W. Kenney (Ed.), *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (pp. 302–307). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Newman, M. A. (1996). Theory of the nurse-client partnership. In E. Cohen (Ed.), *Nurse case management in the 21st century* (pp. 119–123). St. Louis: Mosby.
- Newman, M. A. (1997). A dialogue with Martha Rogers and David Bohm about the science of unitary human beings. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 3–10). New York: National League for Nursing.
- Newman, M. A. (1999). Letters to the editor: A commentary on Newman's theory of health as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*, 21(3), viii–viix.
- Newman, M. A. (2002). Caring in the human health experience. *International Journal for Human Caring*, 6(2), 8–12.
- Newman, M. A. (2003). The immediate applicability of nursing praxis. *Quality Nursing: The Japanese Journal of Nursing Education and Nursing Research*, 9(5), 4–6.
- Newman, M. A. (2003). A world of no boundaries. *Advances in Nursing Science*, 26(4), 240–245.

Fuentes secundarias

- Batty, M. L. E (1999). *Pattern identification and expanding consciousness during the transition of "low risk" pregnancy. A study embodying Newman's health as expanding consciousness (Margaret Newman)* [Master's thesis, University of New Brunswick, Canada]. *Masters Abstracts International*, 39, 826.
- Brown, J. W. (2011). Health as expanding consciousness: A nursing perspective for Grounded Theory research. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 197–201.
- Cowling, W. R., III., Newman, M., Watson, J., & Smith, M. (2007). The power of wholeness, consciousness, and caring: A dialogue on nursing science, art, and healing. (Abstract). *International Journal for Human Caring*, 11(3), 52.
- Dean, P. J. (2002). Aesthetic expression. A poem dedicated to the nursing theories of Martha Rogers and Margaret Newman. *International Journal for Human Caring*, 6, 70.
- Ford-Gilboe, M. V. (1994). A comparison of two nursing models: Allen's developmental health model and Newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 7(3), 113–118.
- Jacono, B. J., & Jacono, J. J. (1996). The benefits of Newman and Parse in helping nurse teachers determine methods to enhance student creativity. *Nurse Education Today*, 16, 356–362.
- Jonsdottir, H., Litchfield, M., & Pharris, M. D. (2003). Partnership in practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 17, 51–63.
- Kyung-Suk, Y., & Jinhyang, Y. (2020). Health as expanding consciousness: Survival trajectory of married immigrant women in Korea. *Applied Nursing Research*, 51, 151230. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151230>.
- Lamb, G. S., & Stempel, J. E. (1994). Nurse case management from the client's view: Growing as insider-expert. *Nursing Outlook*, 42, 7–13.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

- Newman, M. A. (1971). *An investigation of the relationship between gait tempo and time perception* [Unpublished doctoral dissertation]. New York University.
- Newman, M. A. (1981). The meaning of health. In G. E. Laskar (Ed.), *Applied systems research and cybernetics: Vol. 4. Systems research in health care, biocybernetics and ecology* (pp. 1739–1743). New York: Pergamon.
- Newman, M. A. (1987). Nursing's emerging paradigm: The diagnosis of pattern. In A. M. McLane (Ed.), *Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the seventh conference, North American Nursing Diagnosis Association* (pp. 53–60). St. Louis: Mosby.
- Newman, M. A. (1990). Shifting to higher consciousness. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories in practice* (pp. 129–139). New York: National League for Nursing.

- Marien, L., & Pharris, M. (2018). The fundamentality of nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 31(2), 203–204.
- Moch, S. D. (1998). Health-within-illness: Concept development through research and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 305–310.
- Neill, J. (2002). From practice to caring praxis through Newman's theory of health as expanding consciousness: A personal journey. *International Journal for Human Caring*, 6(2), 48–54.
- Nelson, M. L., Howell, J. K., Larson, J. C., & Karpiuk, K. L. (2001). Student outcomes of the healing web: Evaluation of a transformative model for nursing education. *Journal of Nursing Education*, 40, 404–413.
- Pharris, M. D., & Margaret, A. (2001). Newman, health as expanding consciousness. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Schorr, J. A., Farnham, R. C., & Ervin, S. M. (1991). Health patterns in aging women as expanding consciousness. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 52–63.
- Smith, C. A. (1995). The lived experience of staying healthy in rural African American families. *Nursing Science Quarterly*, 8(1), 17–21.
- Stec, M. (2016). Health as expanding consciousness: Clinical reasoning in baccalaureate nursing students. *Nursing Science Quarterly*, 29(1), 54–61.

Rosemarie Rizzo Parse: desarrollo humano

Sandra Schmidt Bunkers, Debra A. Bournes, Gail J. Mitchell



Rosemarie Rizzo Parse*

«Los postulados y principios del desarrollo humano encarnan una profunda preocupación por los delicados sentimientos del ser humano y muestran un profundo reconocimiento de la libertad y la dignidad humanas.»

(Parse, 2007b, p. 310)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Rosemarie Rizzo Parse es licenciada por la Duquesne University en Pittsburgh, y obtuvo un máster y un doctorado en la University of Pittsburgh. Fue profesora de esta universidad, decana de la Facultad de Enfermería en la Duquesne University (1977–1982), profesora y coordinadora del Center for Nursing Research en el Hunter College en la City University de Nueva York (1983–1993), profesora y directora de la Escuela de Enfermería Marcella Niehoff de la Loyola University Chicago (1993–2006), y profesora distinguida emérita en la Loyola University Chicago (desde 2006 hasta la actualidad). En enero de 2007 se convirtió en consultora y académica visitante en el New York University College of Nursing, donde también fue profesora adjunta hasta 2012. En la actualidad, es profesora invitada e investigadora en la Binghamton University en Binghamton, Nueva York. La Dra. Parse es la fundadora y actual editora de *Nursing Science Quarterly* y presidenta de Discovery International. Fundó el Institute of Humanbecoming, donde enseña el paradigma del desarrollo humano en enfermería (Parse, 1981, 1998, 2005, 2007b, 2010, 2011b, 2012b, 2014).

La Dra. Parse es miembro de la American Academy of Nursing, donde inició y presidió el panel de expertos en la práctica guiada por teorías de la enfermería. Como editora de *Nursing Science Quarterly*, ha encabezado un lugar muy conocido y muy citado en el que los expertos en enfermería comparten y debaten asuntos importantes para la investigación en enfermería y el desarrollo de teorías durante más de 30 años.

Por este y otros trabajos, la Dra. Parse ha recibido varias distinciones. Ha sido reconocida con dos Premios Lifetime Achievement (uno de la Midwest Nursing Research Society y el otro de la Asian American Pacific Islander Nurses Association), se instituyó la Beca Rosemarie Rizzo Parse en su nombre en la Facultad de Enfermería de la Henderson State University, sus libros fueron designados dos veces como «mejor elección» por la Sigma Theta Tau International, y la Society of Rogerian Scholars la distinguió con el Premio Martha E. Rogers Golden Slinky. En 2008, recibió el Premio a la Educadora de Enfermería del Año del *New York Times*, y en 2012 recibió la Medalla de Honor de la Universidade de Lisboa, en Portugal.

A lo largo de su carrera, la Dra. Parse ha realizado destacadas contribuciones a la disciplina y a la profesión de la enfermera a través de un liderazgo progresivo en el desarrollo de conocimientos, la investigación, la formación y la práctica de la enfermería. Ha explorado la ética de la dignidad humana, ha expuesto los principios del desarrollo de la dignidad humana (Parse, 2010) y ha elaborado modelos de enseñanza-aprendizaje (Parse, 2004), de tutoría (Parse, 2008b), de liderazgo-seguimiento (Parse, 2008a, 2011a), de comunidad (Parse, 2003, 2012b) y de familia (Parse, 2009a) que se utilizan en todo el mundo. Recientemente ha desarrollado un modelo de invención de conceptos del desarrollo humano (Parse, 2018). Ha publicado 10 libros (Morrow, 2012b; Parse, 1974, 1981, 1987, 1995, 1998, 1999a 2001b, 2003, 2014) y más de 150 artículos y editoriales sobre asuntos relacionados con la enfermería y otras disciplinas sanitarias. La Dra. Parse ha compartido su conocimiento en más de 300 presentaciones y talleres locales, nacionales e internacionales en más de 35 países en los cinco continentes. Sus obras han sido traducidas a numerosos idiomas, y ofrece consultoría en todo el mundo en programas

*Fotografía copyright 1998 por Jonas, Pittsburgh, PA.

de formación en Enfermería y centros de atención sanitaria que están utilizando su trabajo como guía para la investigación, la práctica, el liderazgo, la formación y la regulación de las normas de calidad. Ha planificado y puesto en marcha numerosas conferencias internacionales sobre teoría de la enfermería, el paradigma del desarrollo humano, la investigación cualitativa y la calidad de vida.

Parse ha dirigido más de 40 tesis doctorales, ha guiado a más de 300 estudiantes en los conceptos de investigación creativa y ha asesorado a profesores y estudiantes sobre propuestas de investigación cualitativa y cuantitativa, solicitudes de becas y manuscritos para publicaciones. Desarrolló métodos de investigación científica básica y aplicada (Parse, 2001b, 2005, 2011b, 2014, 2016a, 2016b), realizó múltiples estudios de investigación cualitativa sobre las experiencias vitales de la salud y la calidad de vida (como la esperanza, la risa, la alegría-tristeza, el sentirse respetado, la satisfacción, el cansancio extremo y la calidad de vida) e impartió cursos de teorías e investigación en instituciones de enseñanza superior, como la Loyola University en Chicago, la University of Cincinnati, la University of Dayton, la University of South Carolina y la Binghamton University en Nueva York, entre otras.

Parse es una líder elocuente, valiente y vibrante, con una visión decidida y una deliberada determinación de hacer avanzar la disciplina de la enfermería. Es muy conocida a escala internacional por el paradigma del desarrollo humano, una perspectiva de enfermería centrada en la calidad de vida y la dignidad humana desde las perspectivas de los pacientes, las familias y las comunidades. Es una guía de inspiración cuya presencia diligente y atenta, su consistente y gustosa disponibilidad y su apremio sutil y respetuoso han ayudado a muchos expertos en enfermería, incipientes o experimentados, a perseguir sus sueños. Aquellos que han tenido el honor de trabajar con ella como estudiantes y colaboradores han recibido el apoyo de esta líder enfermera verdaderamente excepcional (Bournes, 2007; Cody, 2012).

FUENTES TEÓRICAS

La teoría del desarrollo humano ha evolucionado con el tiempo. Al principio era la teoría de enfermería del desarrollo humano, pero luego se convirtió en la escuela de pensamiento del desarrollo humano; en 2016 había evolucionado al paradigma del desarrollo humano (Parse, 2016a). El paradigma del desarrollo humano explicita que «cocrear la realidad como una sinfonía sin costuras del llegar a ser es el pensamiento central clave en la ontología del desarrollo humano» (p. 26). Con el nuevo paradigma han surgido varios conceptos nuevos, como los siguientes: el universo humano como cocreación indivisible, impredecible y en constante cambio; el *ethos* del desarrollo humano es la dignidad, la presencia, la existencia, la confianza y el valor, y la calidad de vida como el devenir visible-invisible del ahora emergente (Parse, 2014). La epistemología del paradigma del desarrollo humano son las

experiencias vitales universales del universo humano (Parse, 2016, 2016b) y las metodologías de las ciencias básicas, que incluyen la ciencia de Parse y la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Parse, 2016a, 2016b). (Véanse los artículos referenciados para encontrar más descripciones sobre los métodos.) Parse ya no utiliza el término *investigación*, sino que emplea el de *ciencia*, que está más en consonancia con el pensamiento del nuevo paradigma. La *práctica enfermera* ya no es el lenguaje utilizado para este paradigma, sino que *vivir el arte de la enfermería en presencia verdadera* es la forma en que una enfermera está con los demás para iluminar el significado, cambiar los ritmos e inspirar trascendencia (la persona lo consigue cuando cuenta con la verdadera presencia de la enfermera) (Parse, 2014, 2016b). Este es el lenguaje del paradigma del desarrollo humano.

El paradigma del desarrollo humano se basa en la ciencia humana propuesta por Dilthey y otros autores (Cody y Mitchell, 2002; Mitchell y Cody, 1992; Parse, 1981, 1987, 1996, 1998, 2007b, 2010, 2012b, 2014). El paradigma del desarrollo humano es «coherente con los principios y postulados de Martha E. Rogers sobre los seres humanos unitarios, y es coherente con los principales dogmas y conceptos del pensamiento existencial-fenomenológico, pero es un nuevo producto, un sistema conceptual diferente» (Parse, 1998, p. 4). Cuando desarrolló su teoría, Parse estaba trabajando en la Duquesne University de Pittsburgh (durante los años sesenta y setenta), que se consideraba el centro del movimiento existencial-fenomenológico de EE. UU. Los diálogos que compartió con los miembros de aquella escuela de pensamiento, como van Kaam y Giorgi, estimularon su pensamiento en las experiencias vividas por los seres humanos y su libertad y participación en la vida.

Parse sintetizó la ciencia de los seres humanos unitarios desarrollada por Martha E. Rogers (1970, 1992) con los dogmas fundamentales del pensamiento existencial-fenomenológico, articulados por Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty, y reafirmó la enfermería como ciencia humana. Parse sostiene que los individuos no pueden ser reducidos a partes constituyentes para ser comprendidos. Las personas son seres vivientes que son diferentes de cualquier esquema que los divida. Parse desafía la visión médica tradicional de la enfermería y define la disciplina enfermera como la ciencia básica única que se centra en las experiencias vitales del universo humano universal. Defiende la idea de que las enfermeras requieren una base de conocimientos única que fundamente su forma de vivir el arte y la ciencia esenciales para cumplir con su compromiso con la humanidad (Parse, 1981, 1987, 1993, 2007b, 2010, 2012b, 2014, 2016a, 2016b).

Al crear el desarrollo humano, Parse (1981) se basó en los principios de Rogers de helicidad, integración y resonancia, así como en sus postulados (campo de energía, apertura, patrón y pandimensionalidad) (Parse, 1981; Rogers, 1970, 1992). Estas ideas apuntalan las nociones de Parse sobre las personas como seres abiertos que se relacionan con el universo de forma ilimitada, es decir, «con un conocimiento

indivisible e ilimitado extendido hasta el infinito» (Parse, 2007b, p. 308), y que son indivisibles, impredecibles, en constante cambio y reconocibles por patrones (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b).

A partir del pensamiento existencial-fenomenológico, Parse se basó en los principios de intencionalidad y subjetividad humana y en los correspondientes conceptos de coconstitución, coexistencia y libertad situada (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b). Utiliza el prefijo *co-* en muchas de sus palabras para denotar el carácter participativo de las personas. *Co-* significa «junto con» y, para Parse, los seres humanos no pueden separarse nunca de sus relaciones con el universo, de ahí que en sus conceptualizaciones de 2007(b) acuñara los términos en inglés *humanbecoming* (desarrollo humano) y *humanuniverse* (universo humano) como expresiones de una sola palabra. Las relaciones con el universo incluyen todos los vínculos que los humanos tienen con otras personas y con las ideas, los proyectos, los predecesores, la historia y la cultura (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b).

Desde la perspectiva de Parse, los humanos son intencionados. Los seres humanos, por tanto, tienen una postura significativa y abierta con el universo y con las personas, los proyectos y las ideas que constituyen la experiencia de vida. Ser intencionado significa que las implicaciones de los seres humanos no son aleatorias. Se eligen por razones conocidas y no conocidas. La intencionalidad depende también del propósito y de cómo las personas escogen la dirección y las formas de pensar y actuar ante los proyectos y la gente. Las personas eligen sus actitudes y acciones entre opciones ilimitadas (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014).

El principio básico, la subjetividad humana, significa ver a los humanos no como cosas u objetos, sino como seres indivisibles, impredecibles y siempre cambiantes (Parse, 1998, 2007b) y como un misterio del ser con el no ser. Los seres humanos viven en su unicidad como el devenir visible-invisible que se convierte en el ahora emergente (Parse, 2012b). Parse postula que la presencia humana con el mundo es personal y que los humanos viven con un significado para convertirse en quienes son. Cuando las personas eligen significados y proyectos según sus prioridades de valores, coparticipan con el mundo de forma indivisible y sin límites (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El desarrollo como persona es complejo y está lleno de significados explícitos-implícitos (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014).

Coconstitución significa que cualquier momento es cocreado con los constituyentes de la situación (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El ser humano elige el significado con los componentes particulares del día a día. La vida sucede, los acontecimientos se revelan de maneras esperadas e inesperadas, y el ser humano coconstituye el significado y la importancia personal. La coconstitución abarca oportunidades y limitaciones de los seres humanos cuando viven su presencia con el mundo y cuando hacen elecciones sobre lo que significan las cosas y cómo proceder. El término *coconstitución* se refiere a la creación de diferentes significados a partir de las

mismas situaciones. La gente cambia y es cambiada debido a sus interpretaciones personales de las situaciones de su vida. Varias formas de pensar y actuar unificando los patrones familiares con otros emergentes que aparecen cuando las personas moldean su realidad única.

Coexistencia significa que «el ser humano no está solo en ninguna dimensión del devenir» (Parse, 1998, p. 17). Los seres humanos siempre están con el mundo de las cosas, las ideas, el lenguaje, los hechos revelados y las tradiciones apreciadas, y también están siempre con los demás –no solo contemporáneos sino también predecesores y sucesores–. Los seres humanos son la comunidad (Parse, 2003). Además, Parse postula que «sin los demás, uno no podría saber que es un ser» (1998, p. 17). Las personas piensan sobre sí mismas en relación con cómo son con los demás y cómo podrían ser con sus planes y sueños. En relación con la libertad, Parse describe un respeto permanente por el cambio y las posibilidades humanas.

Por último, la libertad situada significa que los seres humanos surgen en el contexto de un tiempo y una historia, una cultura y un lenguaje, un físico y una potencialidad. Parse sugiere que la libertad humana significa que «de manera reflexiva y prerreflexiva, uno participa en la elección de las situaciones en las que se encuentra, así como en su actitud hacia las situaciones» (Parse, 1998, p. 17). Los seres humanos deciden constantemente lo que es importante en sus vidas. Deciden qué atención prestar a las situaciones, a los proyectos y a la gente. La vida diaria representa la elección y la actuación de las personas en sus prioridades de valores, y las prioridades de valores cambian a medida que la vida se manifiesta. La integridad personal está íntimamente ligada a la libertad de la situación.

En 2007, 2012 y 2014, Parse publicó importantes perfeccionamientos conceptuales para el paradigma del desarrollo humano. En primer lugar, en 2007, cambió los términos *human becoming* y *human-universe* por *humanbecoming* y *humanuniverse*. Estos cambios, según Parse (2007b), especifican aún más su compromiso con la indivisibilidad de la cocreación. Los nuevos conceptos de Parse de desarrollo humano y universo humano demuestran, a través del lenguaje, que no hay lugar para pensar que los humanos puedan separarse de la evolución o del universo: estos conceptos son irreducibles.

Además, Parse (2007b) especificó cuatro postulados que impregnan todos los principios del desarrollo humano. Los cuatro postulados son *ilimitabilidad*, *paradoja*, *libertad* y *misterio*. Los cuatro postulados especifican además ideas arraigadas en la escuela de pensamiento de Parse. La ilimitabilidad representa el pensamiento de Parse sobre la naturaleza indivisible, imprevisible, en cambio constante del desarrollo humano. Parse (2007b) afirmó: «La ilimitabilidad es el “conocimiento ilimitado extendido al infinito, el recordar y la prospección, todo a la vez con el momento”» (p. 308). El conocimiento indivisible e ilimitado «es un conocimiento privilegiado accesible solo al individuo que vive la vida»

(Parse, 2008e, p. 46). La paradoja siempre se ha asociado al desarrollo humano, y la aportación de Parse como postulado que integra todos los principios teóricos realza la importancia de la paradoja en la cocreación del universo humano. Afirmó que «las paradojas no son contrarias a la reconciliación ni dilemas que deban resolverse, sino que son ritmos vividos... que se expresan como una preferencia de patrón» (Parse, 2007, p. 309), «que encarnan las elecciones de un individuo en la vida cotidiana» (Parse, 2008e, p. 46). El ser humano elige cómo estará con las experiencias paradójicas y continuamente decide dónde centrar su atención. Por ejemplo, todos los humanos viven ritmos paradójicos de certeza-incertidumbre, alegría-tristeza, etc., y se mueven con el ritmo de sus experiencias paradójicas –centrándose a veces en la certeza o la alegría, por ejemplo, aunque teniendo siempre una conciencia de vivir la incertidumbre o la tristeza inherente a las situaciones–. Asimismo, la libertad, aunque un pilar de los primeros pensamientos de Parse, cambia la perspectiva de su pensamiento más reciente. Parse (2007b) afirmó que la libertad es «una liberación interpretada contextualmente» (p. 309). Las personas tienen la libertad de elegir formas de ser en sus situaciones. Por último, el misterio, el cuarto postulado, se presenta de manera más específica como algo especial que trasciende lo concebible y como lo insondable y desconocido que siempre acompaña al «universo humano indivisible, imprevisible, en cambio constante» (p. 309).

En 2012, Parse introdujo nuevas conceptualizaciones que especifican aún más el significado de la unicidad de la experiencia humana desde la perspectiva del desarrollo humano. Su sistema de creencias (ontología) que sustenta el desarrollo humano «especifica que con el universo humano el ser humano es una presencia augusta, una sinfonía perfectamente integrada del devenir, la vida en el ahora que surge. El **devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente** es el momento vital que pone en evidencia la idea de que el significado cambia con cada experiencia vital que se despliega, encarnando lo recordado con la unicidad prospectiva» (Parse, 2012b, p. 44). El devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente es el universo de historias y experiencias y esperanzas y sueños que cocrean cada momento, conforme los seres humanos viven y modelan sus vidas con el conocer ilimitable e ilimitado. Las experiencias vitales humanas afloran en cada momento como olas en el océano. Lo que se hace visible en la experiencia humana es lo que sucede en el momento que se conoce explícitamente y que es descrito por la persona que lo vive. Se asemeja a las olas que asoman en la superficie del océano, visibles por un instante pero siempre en movimiento y cambiantes, cocreadas con lo que sucede en la completitud del océano, invisibles bajo la superficie y cocreando las olas que se hacen visibles con su devenir invisible. Más tarde, en 2013, Parse identificó la **calidad de vida** como «la característica nuclear del individuo, la materia de la vida» (p. 112). La calidad de vida es el llegar a ser visible-invisible del ahora emergente (Parse, 2013, 2014).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

En 2016, Parse presentó dos métodos de ciencia básica compatibles con el nuevo paradigma del desarrollo humano: la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Parse, 2016a) y la ciencia de Parse (Parse, 2016b). Como se ha mencionado anteriormente, Parse ya no utiliza el término *investigación*, sino que emplea el término *ciencia*. «Desde una perspectiva del desarrollo humano, la ciencia es una adquisición permanente, indivisible, impredecible y siempre cambiante de conocimientos» (Parse, 2016b). Estos métodos pueden explorarse más en las referencias recogidas. El lenguaje anticuado que se emplea a continuación no se ha modificado con fines históricos, pero se han incorporado los nuevos términos y significados.

La investigación (ciencia) guiada por la teoría del desarrollo humano tiene como objetivo potenciar la comprensión de los fundamentos teóricos o el conocimiento contenido en los supuestos, postulados, principios y conceptos del desarrollo humano (Doucet y Bournes, 2007; Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). La investigación (ciencia) no se utiliza para comprobar la teoría de Parse. Las enfermeras asumen que las personas, que tienen libertad para elegir, tienen un significado único sobre las situaciones de la vida. Son indivisibles, imprevisibles, en cambio constante, y se relacionan con los demás siguiendo pautas paradójicas. Comprobar estas creencias sería comparable a comprobar la suposición de que los seres humanos son seres espirituales o que la gente está compuesta por sistemas complejos. Estas afirmaciones son creencias abstractas basadas en la experiencia, la observación y las creencias sobre la naturaleza de la realidad. Las afirmaciones básicas u ontológicas son valores cargados y, como se ha comentado, una enfermera puede sentirse atraída o mostrar su compromiso respecto a estas creencias básicas o no. La idea de un ser humano que es indivisible, imprevisible, en cambio constante y que elige libremente el significado es un supuesto que uno puede creerse o no. Las afirmaciones sobre los seres humanos son creaciones teóricas, no fácticas. Un estudiante o una enfermera tienen una idea del ser humano u otra. Según Parse (1991, 1999b, 2008c, 2008d, 2009b), por eso es necesario que haya múltiples puntos de vista; la disciplina de la enfermería puede dar cabida, y lo hace, a diferentes puntos de vista y diferentes teorías sobre los fenómenos que preocupan a la enfermería. De acuerdo con Hall, Parse afirmó lo siguiente cuando se discutía la cuestión de valorar la teoría del desarrollo humano:

«La teoría [del desarrollo humano] no se presta a ser comprobada, ya que no es una teoría predictiva y no se basa en una visión de causa-efecto [del universo humano]. El objetivo de la investigación [ciencia] no es verificar la teoría o valorarla, sino más bien descubrir las esencias de los fenómenos vividos para conseguir una comprensión más profunda de lo universal [experiencias vitales del universo humano]. Esta comprensión evoluciona a partir de la conexión de las descripciones dadas por las personas acerca de la teoría, haciendo así más explícitas las esencias del ser humano.»

(1993, p. 12)

Por lo tanto, la ciencia asociada a la teoría de Parse amplía la comprensión sobre las experiencias universales vitales en el universo humano y genera nuevos conocimientos sobre el ser humano (Doucet y Bournes, 2007; Parse, 2012b, 2014, 2016a, 2016b). El conocimiento del desarrollo humano contribuye al conocimiento sustantivo de la disciplina enfermera. El conocimiento de la disciplina es diferente del conocimiento práctico o técnico que las enfermeras utilizan en entornos sanitarios. El conocimiento disciplinar es el conocimiento teórico que identifica los fenómenos de interés para las enfermeras, que para Parse (1998, 2007b, 2012b, 2014, 2016a, 2016b) son las experiencias vitales del universo humano. Según Parse (1998), «la investigación académica es una indagación formal que conduce al descubrimiento de nuevos conocimientos y a la mejora de la teoría» (p. 59). Esta idea de nuevo conocimiento con la mejora de la teoría requiere una atención para clarificar las distinciones entre las distintas maneras de pensar.

La investigación (ciencia) guiada por el desarrollo humano explora las experiencias vitales universales del universo humano con las personas que las viven con el devenir visible-invisible que se convierte en sus vidas cotidianas. Parse sostiene que existen experiencias vitales universales del universo humano, como la esperanza, la alegría, la pena, el duelo, el miedo y la confianza. Los relatos de los participantes en la investigación (ahora denominados **historiadores**) sobre sus **experiencias vitales** en la ciencia guiada por el desarrollo humano describen sus «recuerdos-perspectivas del fenómeno [estudiado] tal y como aparecen con el ahora emergente». Es una *vivencia* de la experiencia que se describe» (Parse, 2012b, p. 49) a la luz de lo que se hace visible para ellos sobre la experiencia del momento. Esto significa que la ciencia guiada por el desarrollo humano explora experiencias vitales universales del universo humano cuando las viven las personas. Estas viven en el momento, y lo que recuerdan y lo que esperan se contempla siempre dentro del contexto de lo que se está haciendo visible en el ahora emergente. Las experiencias vitales universales del universo humano no se reducen a marcos temporales lineales porque las experiencias vitales se cocrean con un «conocimiento indivisible e ilimitado» (Parse, 2007b, p. 308). Una enfermera investigadora (ahora denominada **enfermera erudita**) que lleva a cabo una investigación de la ciencia de Parse invita a las personas a hablar sobre una experiencia vital universal particular del universo humano. Por ejemplo, un historiador podría hablar de su experiencia de duelo (Cody, 1995a, 2000; Pilkington, 1993) o sobre sentirse inseguro (Bunkers, 2016b). El erudito guiado por el desarrollo humano sabe que la realidad de la persona abarca lo que se recuerda y lo que se imagina o espera tal como aparece en el momento (Parse, 2007b). El erudito también da por supuesto que la persona conoce su experiencia y puede ofrecer un resumen de su experiencia a medida que la vive y conoce. Lo que se comparte sobre la experiencia investigada es lo que Parse (2008e) llama «la verdad del momento» (p. 46). La verdad del

momento es la descripción que hace la persona de su realidad, una expresión de «sabiduría personal» (Parse, 2008e, p. 46) sobre el fenómeno estudiado a la luz de lo que ocurre y se conoce en ese instante. La verdad, desde esta perspectiva, es «descubrir la evidencia, ser testigo de un conocimiento siempre cambiante, a medida que las nuevas percepciones cambian el significado y la verdad del momento» (Parse, 2008e, p. 46). Por tanto, todas las pruebas de la ciencia son la «verdad del momento» (p. 46).

En 1987, Parse desarrolló por primera vez un método de investigación específico (ahora llamado **ciencia**) compatible con la teoría del desarrollo humano (este método se llamó originalmente *método de investigación Parse* y ha evolucionado al **método de ciencia Parse**); desde entonces, se ha articulado un método hermenéutico del desarrollo humano y ahora se habla ya de la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Cody, 1995c; Parse, 1998, 2001b, 2005, 2007a, 2011b, 2014, 2016a). Para obtener más información sobre estos métodos, véase *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals* (Parse, 1998), *Qualitative Inquiry: The Path of Sciencing* (Parse, 2001b) y *The Humanbecoming Paradigm: A Transformational Worldview* (Parse, 2014). En los artículos de Parse y de otros autores (Doucet y Bournes, 2007; Parse, 2005, 2011b, 2014, 2016a, 2016b) se pueden encontrar más detalles y actualizaciones de la ciencia del desarrollo humano. La ciencia de Parse registra informes de experiencias personales y los analiza de forma sistemática para identificar los aspectos de las experiencias vitales compartidos por los participantes. Las ideas centrales que comparten todos ellos forman una estructura del fenómeno en estudio. La estructura (que actualmente se conoce como **momento existente discriminante**) (Parse, 2016b) es definida por Parse (2011b) como «una descripción del ahora emergente... El ahora emergente encarna el recuerdo-prospección sobre la experiencia [vital]» (p. 13). El momento existente discriminante de la experiencia vital universal del universo humano se crea por «la fusión de horizontes de los historiadores y los eruditos» (Parse, 2016b). Los nuevos conocimientos quedan inmersos dentro de los conceptos nucleares y, cuando se descubren, refuerzan la teoría y comprensión más allá del estudio concreto. El entretreído de los nuevos conocimientos con los conceptos teóricos amplía la comprensión del contenido de la teoría del desarrollo humano (este entretreído se denomina ahora **transustanciación**) (Parse, 2016b), y los nuevos conocimientos desarrollan el pensamiento y el diálogo disciplinario e interdisciplinario.

La metáfora de la búsqueda de oro describe la ciencia de Parse. El erudito reúne las descripciones de los historiadores igual que el buscador de oro recoge tierra. Los procesos de extracción-síntesis (actualmente denominados **destilación-fusión**) (Parse, 2016b) de la ciencia de Parse se asemejan a la recogida, el cribado, la filtración, la búsqueda y la separación, como cuando se busca oro. Los eruditos que siguen la ciencia de Parse tratan de separar el contexto particular de las ideas

nucleares. Esta recogida y descubrimiento se producen una y otra vez conforme se separan el contexto y la tierra de las ideas nucleares o pepitas, que al final se separan del contexto o tierra que las rodeaba. La búsqueda de oro es agotadora, pero la ciencia de Parse también lo es. La ciencia de Parse también es ardua. Ambos procesos exigen excitación y anticipación ante lo que se trata de descubrir. El proceso de destilación-fusión de la ciencia de Parse separa las ideas nucleares presentes en las descripciones de la experiencia vital en estudio de todos los participantes. Las ideas centrales, como las pepitas de oro, son aisladas pero todavía no están refinadas en una forma que las haga significativas para el mundo en su conjunto. Las pepitas

de oro se refinan en monedas o joyas. Las ideas centrales lo hacen en el lenguaje del desarrollo humano y la ciencia de la enfermería, de manera que otros profesionales de esta disciplina vean no solo dichas pepitas, sino la significación de las ideas recién afinadas a la luz de un lenguaje propio de la ciencia de la enfermería. Dado que toda la ciencia se basa en la teoría, los resultados de la ciencia se interpretan a la luz del marco de referencia que la guía para avanzar en el conocimiento de la disciplina.

Basándose en sus últimas reflexiones, Parse (2007b, 2012b, 2014) perfeccionó la redacción de los tres principios de su teoría (v. cuadro «Principales conceptos y definiciones»).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Tres principios constituyen la teoría del desarrollo humano que derivan de estos temas: sentido, pautas rítmicas y trascendencia (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Cada principio contiene tres conceptos que requieren una exploración razonable para comprender la profundidad de la teoría del desarrollo humano. Los principios (Parse, 2014) son los siguientes:

1. La estructuración del significado es la imaginación y la valoración del lenguaje.
2. La configuración de patrones rítmicos es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación.
3. El cotranscender con los posibles es el poder y el origen de la transformación (p. 36).

Primer principio: estructurar el significado

«Estructurar el significado es la imaginación y la valoración del lenguaje» (Parse, 2014, p. 36). Este principio especifica que las personas estructuran o eligen el significado de sus realidades, y esta elección se produce con un conocimiento explícito-tácito. A veces surgen preguntas que no pueden responderse, ya que las personas pueden no saber lo que sienten o piensan de uno u otro camino. El primer principio postula que las personas crean su realidad de forma ilimitable con los demás, y muestran o expresan verbalmente su realidad en las formas en que hablan o permanecen en silencio y en las maneras en que se mueven y se mantienen quietos. Cuando las personas expresan verbalmente sus realidades, indican sus prioridades de valores y significados de acuerdo con este principio. Dicho principio maneja tres conceptos: 1) imaginación; 2) valoración, y 3) expresión con el lenguaje.

Imaginación

Paradojas: explícita-tácita y reflexiva-prerreflexiva

La imaginación es el primer concepto del primer principio. Las paradojas de la imaginación son explícitas-tácitas y

reflexivas-prerreflexivas (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). La representación es la visión que tiene un individuo de la realidad. Es la conformación del conocimiento personal de forma explícita y tácita (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Cierta conocimiento es un proceso reflexivo, deliberado, mientras que otro es prerreflexivo. Para Parse, la gente es curiosa de forma inherente y busca respuestas. Las respuestas a las preguntas emergen a medida que las personas exploran el significado a la luz de la realidad y su forma de observar las cosas. La imaginación es una interpretación personal del significado, la posibilidad y la consecuencia. Las enfermeras no pueden conocer por completo la imaginación de los demás, pero exploran, respetan y son testigos de cómo las personas luchan por dar forma, explorar, integrar, rechazar e interpretar.

Valoración

Paradoja: confirmar-no confirmar

La valoración es el segundo concepto del primer principio. La paradoja de la valoración es confirmar-no confirmar (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Este concepto trata de cómo las personas confirman y no confirman sus creencias a la luz de una perspectiva personal o visión del mundo (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las personas están continuamente confirmando o no sus creencias cuando hacen una elección sobre lo que piensan o sienten o su forma de actuar. Estas elecciones pueden ser o bien coherentes con las elecciones previas o radicalmente distintas, y pueden requerir un cambio en las prioridades de valores. Es probable que, en algunos casos, los individuos piensen en decisiones anticipadas y, una vez llegue el momento de tomar la decisión, cambien su pensamiento y dirección en la vida. Los valores reflejan lo que es importante en la vida para una persona o una familia. Para Parse, vivir las prioridades de valores es el modo en que un individuo expresa el desarrollo humano. Las enfermeras conocen los valores de las personas preguntándoles qué es lo más importante.

(Continúa)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Lenguaje

Paradojas: hablar-permanecer en silencio y moverse-quedarse quieto

El **lenguaje** es el tercer concepto del primer principio. Las paradojas del lenguaje son hablar-permanecer en silencio y moverse-quedarse quieto (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El lenguaje es un concepto visible que está relacionado con la forma en que los seres humanos simbolizan y expresan las realidades que imaginan y sus escalas de valores. Cuando el lenguaje es evidente para los demás, normalmente se expresa en pautas que se comparten con quienes tenemos más cerca. Los miembros de la familia o los amigos cercanos suelen compartir patrones similares, como la forma de hablar, de moverse y de permanecer en silencio (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las personas descubren cosas sobre sí mismas cuando verbalizan, e incluso cuando están en silencio o están quietas. Las enfermeras son testigos de las verbalizaciones que muestran las personas, pero pueden no conocer el significado de esas verbalizaciones. Para entender las verbalizaciones, las enfermeras deben preguntar a la gente qué significan sus palabras, sus acciones y sus gestos. Es posible que las personas quizás aún no conozcan el significado de sus verbalizaciones y, en ese caso, la enfermera respeta el proceso de llegar a entender el significado de una situación. Explicar el significado lleva tiempo, y la gente sabe cuándo es oportuno aclarar el significado y la importancia de un acontecimiento o suceso.

Segundo principio: configurar las pautas rítmicas

El segundo principio del desarrollo humano es «**configurar las pautas rítmicas**, que es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación» (Parse, 2014, p. 36). Este principio significa que los seres humanos crean pautas en la vida diaria y que esas pautas dicen mucho acerca de sus significados y valores personales. En los patrones de relación que crea la gente existen muchas libertades y restricciones que emergen tras las elecciones; todas las pautas implican compromisos complejos y distanciamientos con la gente, las ideas y las preferencias. El segundo principio incluye tres conceptos: 1) revelación-ocultación; 2) permisividad-limitación, y 3) conexión-separación.

Revelación-ocultación

Paradoja: descubrir-no descubrir

La **revelación-ocultación** es el primer concepto del segundo principio. La paradoja de la revelación-ocultación es descubrir-no descubrir (Parse, 2007b, 2012b, 2014). La revelación-ocultación es el modo en que las personas revelan y mantienen ocultas aquellas personas en las que se están convirtiendo con el devenir visible-invisible que se convierte en el ahora emergente (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Existe siempre más que decir y que conocer sobre

uno mismo y sobre los demás. A veces, las personas saben lo que quieren decir, y emiten mensajes sobre lo que se les hace visible con gran claridad; en otros momentos, pueden sorprenderse a sí mismas con los mensajes que suministran como lo que se convierte en cambios y movimientos visibles con el devenir invisible de su ahora emergente. Algunos aspectos de la realidad y la experiencia permanecen ocultos. Las personas también descubren-no descubren de forma diferente en distintas situaciones y con personas diferentes. Los modelos de revelación-ocultación son cocreados y están conectados íntimamente con las intenciones de las personas que cocrean el momento. Al elegir cómo estar con los demás, las enfermeras cocrean lo que ocurre cuando están con las personas.

Permisividad-limitación

Paradoja: potenciar-restringir

La **permisividad-limitación** es el segundo concepto del segundo principio. Está relacionado con la paradoja potenciar-restringir (Parse, 2007b, 2012b, 2014). La permisividad-limitación está relacionada con los potenciales y las oportunidades que destacan con las restricciones y obstáculos de la vida diaria. Cada elección, incluso las realizadas en situaciones prerreflexivas, tiene potenciales y restricciones. No es posible llegar a conocer todas las consecuencias de una elección determinada; por tanto, la gente realiza elecciones mediante la realidad de la ambigüedad. Cada elección conlleva la posibilidad tanto en la oportunidad como en la restricción. Esto se verifica en la práctica a diario, cuando los pacientes y las familias dicen cosas como: «Esto es lo peor que le podía pasar a nuestra familia, pero nos ha ayudado en muchos aspectos». La permisividad-limitación trata de la elección de las posibilidades y la convivencia con las consecuencias de esas elecciones. Las enfermeras dan testimonio a los demás cuando contemplan las opciones y las consecuencias previstas de las decisiones difíciles.

Conexión-separación

Paradoja: atender-distanciarse

La **conexión-separación** es el tercer concepto del segundo principio. La paradoja relacionada con la conexión-separación es atender-distanciarse (Parse, 2007b, 2012b, 2014). Este concepto está relacionado con las formas en las que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente y de los proyectos. Las pautas creadas revelan prioridades de valores. La conexión-separación es sobre la comunión-soleidad y las formas en las que la gente se separa de unos para juntarse con otros. La conexión-separación también es sobre la paradoja atender-distanciarse y explica la forma en la que dos personas pueden estar muy juntas y, aun así, estar separadas. A veces hay conexión cuando las personas se separan, porque las personas pueden sobrellevar una

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

presencia ausente con gran intimidad, especialmente cuando se está en duelo por la pérdida de otro (Bournes, 2000; Cody, 1995b; Pilkington, 1993). Las enfermeras aprenden los patrones de conexión-separación de las personas preguntándoles por sus relaciones y proyectos importantes.

Tercer principio: cotranscendencia con lo posible

El tercer principio del desarrollo humano, la «**cotranscendencia con lo posible**», es el poder y el origen de la transformación» (Parse, 2014, p. 36). El significado de este principio es que las personas cambian continuamente y se desarrollan en la vida a medida que se comprometen y eligen entre infinitas posibilidades sobre cómo ser, qué actitud o enfoque adoptar, con quién relacionarse y qué intereses o conceptos examinar. Las elecciones reflejan las formas de moverse o cambiar de las personas con el devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente. Los tres conceptos que incluye este principio son: 1) poder; 2) creación, y 3) transformación.

Poder

Paradojas: emprender-resistir, afirmar-no afirmar, ser-no ser

El **poder** es el primer concepto del tercer principio y está relacionado con las paradojas emprender-resistir, afirmar-no afirmar y ser-no ser (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). El poder es un concepto que transmite el significado sobre la lucha y la vida, y la voluntad de continuar a pesar de la dureza y la amenaza. Parse (1981, 1998, 2012b, 2014) describe el poder como un proceso continuo de emprender-resistir y que afirma el ser a la luz de la posibilidad de no ser. La gente suele relacionar siempre el ser y el no ser. El no ser trata la pérdida o el riesgo de muerte y el rechazo. El poder es la fuerza ejercida; es decir, la energía para actuar y vivir con el objetivo mediante las posibilidades de afirmar y mantener lo que más se aprecia, a la vez que se vive simultáneamente con la pérdida y la amenaza del no ser. Existe resistencia a la fuerza de empuje hacia el poder, ya que las personas viven con otras que impulsan diferentes posibilidades en el devenir visible-invisible del ahora emergente. El conflicto, según Parse (1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014), presenta oportunidades para aclarar significados y valores, y las enfermeras potencian este proceso al estar presentes con las personas que exploran problemas, conflictos y opciones.

Creación

Paradojas: certeza-incertidumbre, adaptación-no adaptación

La **creación**, el segundo concepto del tercer principio, se refiere a la singularidad humana y encierra las dos paradojas siguientes: 1) certeza-incertidumbre, y 2) adaptación-no adaptación (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Los individuos se esfuerzan para parecerse a los demás, a la vez, se esfuerzan también para ser únicos. Las elecciones sobre la creación se dan con la realidad de la certeza-incertidumbre. No es posible saber todo lo que puede ocurrir por haber elegido ser distinto a los demás o ser como los demás. Para algunos, existe peligro de ser demasiado como los demás; mientras que otros pueden decir que el peligro es ser diferente. Cada persona define y vive la creación influida por su visión del mundo y sus valores. Crear algo nuevo es un patrón que coexiste con la constancia y la conformidad (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Los seres humanos elaboran sus pautas únicas de creación a la vez que se comprometen con las posibilidades de la vida diaria. Las enfermeras son testigos de la creación con las personas que eligen cómo van a ser con el cambio de sus patrones de salud.

Transformación

Paradoja: familiar-no familiar

La **transformación**, el tercer concepto del tercer principio, se explica con la paradoja familiar-no familiar (Parse, 1998, 2007b, 2012b, 2014). La transformación tiene que ver con la visión del cambio y del movimiento continuo que tienen las personas sobre las vidas que viven y que se hacen visibles para ellas con el devenir invisible del ahora emergente. La gente suele estar siempre luchando para integrar a la familia lo que no es familiar en las vivencias del día a día. Cuando se realizan nuevos descubrimientos, la gente cambia su comprensión; en ocasiones, sus pautas de vida y las visiones del mundo pueden cambiar con consejos que iluminen una situación familiar con una nueva luz. La transformación es el cambio continuo cocreado a medida que la nueva información y los conocimientos se hacen visibles en el ahora emergente, cuando las personas encuentran formas de cambiar en la dirección de sus esperanzas y sueños más preciados (Parse, 1981, 1998, 2007b, 2012b, 2014). Las enfermeras, en la medida en que están presentes con los demás, ayudan o dificultan los esfuerzos de una persona para aclarar sus esperanzas, sueños y direcciones deseadas.

PRINCIPALES PREMISAS

En su obra original, Parse (1981, 1998) resumió que «los principios, postulados y conceptos de Rogers, Heidegger, Merleau-Ponty y Sartre... en la creación de los supuestos sobre lo humano y la evolución, apuntalan una visión de la

enfermería basada en las ciencias humanas. Cada supuesto es único y representa una síntesis de tres de los postulados y conceptos extraídos de la obra de Rogers y de la fenomenología existencial» (Parse, 1998, p. 19). Parse se fija en el trabajo de otros teóricos para construir una base sólida para una nueva ciencia enfermera. En consecuencia, los supuestos

originales que sustentan el desarrollo humano se centraron en las creencias sobre los seres humanos y sobre su devenir visible-invisible en conversión, que es la salud (Parse, 2012a). Parse no especifica suposiciones separadas sobre el universo, ya que el universo es ilimitable y cocreado con los seres humanos, más que separado de los seres humanos. De hecho, en su trabajo más reciente, Parse (2014) ha actualizado sus supuestos para dejar claro que los humanos y el universo son inseparables. Sus supuestos actuales describen sus creencias sobre el universo humano, la calidad de vida y el *ethos* del desarrollo humano (Parse, 2014). De los supuestos del paradigma del desarrollo humano surgen tres temas: 1) **significado**; 2) **ritmo**, y 3) **trascendencia** (Parse, 1998, 2014). Los postulados de **ilimitabilidad**, **paradoja**, **libertad** y **misterio** (Parse, 2007b) impregnan los tres temas.

El significado se transmite en los mensajes que las personas dan y reciben al hablar, moverse, permanecer en silencio y quedarse quietas (Parse, 1998, 2012b, 2014). El significado indica la importancia de algo y es la propia gente quien la elige. Las personas ajenas a las situaciones no pueden decidir acerca del significado o la importancia de algo en nombre de otra persona. Las enfermeras no pueden saber lo que significará para una familia recibir noticias de una enfermedad inesperada o de un cambio en la salud hasta que aprenden el significado que el hecho supone desde la perspectiva de la familia. A veces, la gente no puede saber la importancia de algo hasta que se ha explorado su significado y se han examinado sus posibilidades. Los significados personales se comparten con los demás cuando la gente expresa su opinión, sus preocupaciones, sus esperanzas y sus sueños. Según Parse (1998, 2014) el significado está relacionado con los momentos de la vida cotidiana, así como con el sentido o propósito de la vida.

El ritmo tiene que ver con los patrones y las posibilidades. Parse (1981, 1998, 2014) sugiere que las personas viven patrones irrepetibles de relación con los otros, las ideas, los objetos y las situaciones. Sus pautas de relación encarnan sus realidades, y estas pautas cambian constantemente conforme integran nuevas experiencias e ideas con lo que se convierte en visible-invisible en el ahora emergente. Para Parse, la gente se reconoce por sus pautas. La gente altera sus pautas cuando se integran nuevas prioridades, ideas y sueños y cuando muestran patrones coherentes que continúan como hilos de familiaridad e identidad durante toda la vida.

La trascendencia es el tercer tema principal del paradigma del desarrollo humano. La trascendencia trata del cambio y de la posibilidad, es decir, la infinita posibilidad que supone el desarrollo humano. «Las posibilidades surgen con... [el universo humano]... como opciones entre las que elegir formas personales de desarrollo» (Parse, 1998, p. 30). Para poder creer una cosa u otra, para poder ir en una u otra dirección, para ser persistente o para prescindir de algo, para luchar o para asumir, para estar seguro o inseguro, para afrontar o para desesperarse –todas estas opciones aparecen en la vida diaria–. Considerar y elegir entre estas opciones cotransciende con distintas posibilidades.

Enfermería

En consonancia con sus creencias, Parse escribe sobre la enfermería como ciencia básica. Parse (2000) escribió: «Muchas enfermeras esperan que la enfermería como disciplina goce del reconocimiento de tener una base de conocimientos única y que la profesión sea lo suficientemente distinta de la medicina como para que la gente busque realmente a las enfermeras para recibir cuidados de enfermería, no diagnósticos médicos» (p. 3). Durante más de 35 años, Parse ha ido avanzando en su creencia de que la enfermería es una ciencia básica y que las enfermeras necesitan teorías que sean distintas de otras disciplinas. Parse considera que la enfermería es un servicio exclusivo para la humanidad. Ello no significa que las enfermeras no utilicen ni se beneficien del conocimiento de otras disciplinas y campos de estudio. Significa que las enfermeras se fían de y valoran el conocimiento de la teoría de enfermería en sus actividades prácticas y de ciencia. Parse (1992) ha expresado claramente que cree que «la enfermería es una ciencia cuya práctica es un arte interpretativo» (p. 35). Desde esta perspectiva, la enfermería es una disciplina aprendida, y las teorías de la enfermería orientan la ciencia (investigación) y la vivencia del arte (práctica).

La práctica de la enfermería para los que eligen la teoría de Parse está guiada por una metodología que emerge directamente de la ontología del desarrollo humano. Parse (2014) postuló que, según la base ontológica del desarrollo humano, «el término *vivir*, y no *practicar*, es la forma adecuada de describir el modo de *estar con* las personas de los profesionales dentro del desarrollo humano» (p. 91). Vivir el arte del desarrollo humano implica una presencia verdadera. Parse sugirió lo siguiente con respecto a la verdadera presencia: «La verdadera presencia es una poderosa conexión de todo el universo humano en movimiento, una forma especial de *estar con* los demás, atenta a los cambios de significado que se producen momento a momento con el devenir visible-invisible del ahora emergente» (p. 93). Cuando el profesional del desarrollo humano vive una verdadera presencia con otro, la persona desarrolla nuevas introspecciones que iluminan el significado, cambian los ritmos e inspiran la trascendencia (Parse, 2014). En las siguientes referencias se pueden consultar ejemplos de cómo vivir el arte de la enfermería guiado por el desarrollo humano: Bournes y Naef (2006), Bunkers (2011, 2012b), Hayden (2010), Hegge (2012), Jasovsky y colegas (2010), Jonas-Simpson (2010), Oaks y Drummond (2009), Peterson-Lund (2011), Smith (2010), y Tanaka et al. (2012). Parse describe la práctica de la enfermería como la vivencia del arte del desarrollo humano de la siguiente manera:

«La enfermera está en verdadera presencia con el individuo (o su familia), mientras que el individuo (o su familia) descubre el significado personal de la situación y toma decisiones para avanzar hacia el momento presente con las esperanzas y los sueños más preciados. La atención se centra en el significado de la experiencia vital para la persona (o su familia), que se descubre “allí con”

la presencia de la enfermera... La vivencia de la teoría en la práctica es lo que realmente marca la diferencia para las personas que se ven influidas por esta.»

(1993, p. 12)

Para Parse, la enfermería es una ciencia, y el arte interpretativo de la enfermería se practica en las relaciones con las personas (individuos, grupos y comunidades). Parse (1989) expuso el siguiente conjunto de fundamentos para vivir el arte de la enfermería:

- Conocer y utilizar los marcos y teorías de la enfermería.
- Estar disponible para los demás.
- Valorar al otro como presencia humana.
- Respetar las diferencias de opinión.
- Hacerse responsable de las creencias y de los actos.
- Avanzar hacia lo nuevo y lo que está por demostrar.
- Conectar con los demás.
- Sentirse orgulloso de uno mismo.
- Hacer que nos guste lo que hacemos.
- Reconocer los momentos de alegría en las luchas de la vida.
- Apreiciar el misterio y estar abierto a nuevos descubrimientos.
- Ser competente en el área elegida.
- Descansar y volver a empezar (p. 111).

Persona, entorno y salud interpretados como universo humano, desarrollo humano y calidad de vida

Como se ha mencionado anteriormente, Parse (1998, 2007b, 2012b) considera los conceptos *humano* y *universo* como inseparables e irreductibles. Para enfatizar esta inseparabilidad, utilizó *humanuniverse* y *humanbecoming* como una sola palabra (Parse, 2007b). En el nuevo paradigma del desarrollo humano, Parse ya no se refiere a la *salud*. Lo importante es el concepto de calidad de vida (Parse, 2014). La calidad de vida es el devenir visible-invisible del ahora emergente cuando los seres humanos viven sus vidas estructurando el significado, configurando patrones rítmicos y cotranscendiendo con los posibles (Parse, 2012a). La calidad de vida transmite la idea de que las personas están en constante cambio. «*Calidad de vida* se refiere a la esencia de una persona, la materia de una vida. ¿Qué es esa esencia? Es la comunidad viva en la que cada persona tiene una presencia augusta: la cocreación del universo humano con los predecesores, los contemporáneos y los sucesores» (Parse, 2013, p. 112). La calidad de vida tiene tres conocimientos fundamentales: «Reforzar la sabiduría, dar testimonio y penetrar el silencio» (Parse, 2013, p. 112). Para reforzar la sabiduría, las personas eligen formas de ser que se ajusten a sus prioridades en valores. «El refuerzo de la sabiduría se nutre de los conocimientos explícitos-tácitos de los individuos, conforme estos se mueven y al tiempo ponen en marcha vías para reforzar sus prioridades en valores personales» (p. 114). A la hora de dar testimonio, la persona elige determinados patrones que generan al tiempo oportunidades y

restricciones. «Dar testimonio permite a las personas en los momentos de decisión anclarse en aspectos persistentes, al tiempo que se consigue diversificar la conducta en atención a los constantes cambios» (p. 114). Para poder penetrar el silencio, el individuo reflexiona en silencio sobre las oportunidades ilimitadas de que dispone para crear algo nuevo. «*Penetrar el silencio* es atravesar la quietud en silencio solemne. Es la perfecta intimidad de lo indecible que permea la esencia del ser» (p. 114). Estos conocimientos básicos de la calidad de vida cocrean el desarrollo en el universo humano.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los principios de Parse (1981, 1998, 2012b, 2014) son los fundamentos de la teoría del desarrollo humano. Cada principio interrelaciona los nueve conceptos del desarrollo humano: 1) imaginación; 2) valoración; 3) lenguaje; 4) revelación-ocultación; 5) permisividad-limitación; 6) conexión-separación; 7) poder; 8) creación, y 9) transformación (fig. 24.1). Los proyectos de ciencia generan momentos existentes discriminantes (antes conocidos como *estructuras*) de las experiencias vitales del universo humano universal que especifican aún más las relaciones entre los conceptos teóricos. Por ejemplo, Naef y Bournes (2009) estudiaron la experiencia vital de las personas que se encuentran en lista de espera para recibir un trasplante de pulmón y presentaron el siguiente momento existente discriminante: «La experiencia vivida de la espera permite-limita la imaginación-valoración del poder de la conexión-separación» (p. 145). Los momentos existentes discriminantes permiten mejorar la comprensión de los fenómenos cuando los lectores valoran las descripciones de los historiadores que se conectan con los conceptos del desarrollo humano. Para ver más ejemplos de ciencia del desarrollo humano, se remite al lector a varios estudios que exponen las ideas generales (Doucet y Bournes, 2007) y a otras publicaciones recientes (Baumann, 2008, 2012b, 2016; Bournes y Milton, 2009; Bunkers, 2010b, 2012a; Condon, 2010a, 2010c; Doucet, 2012a, 2012b; Florczak, 2010, 2012; Maillard-Struby, 2012; Morrow, 2010; Parse, 2005, 2008e, 2009c, 2011b, 2012b, 2014, 2016a; Peterson-Lund, 2012; Smith, 2012).

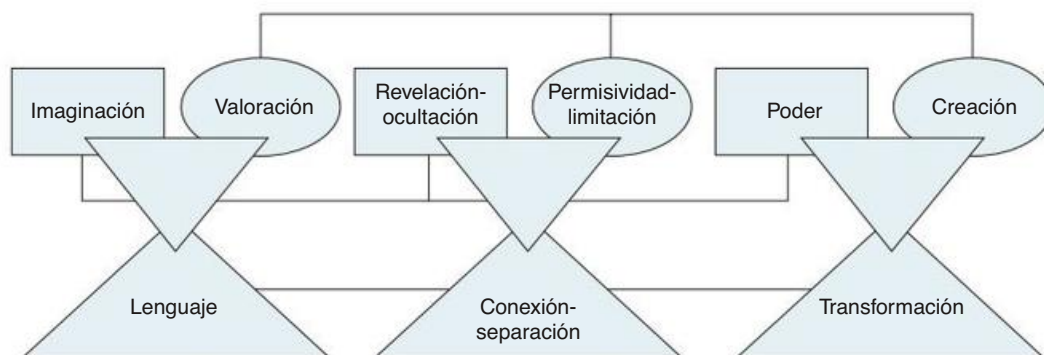
PLANTEAMIENTO LÓGICO

El proceso inductivo-deductivo fue fundamental para la creación de la teoría del desarrollo humano. La teoría surgió de las experiencias personales de Parse con sus lecturas y en la vivencia del arte de la enfermería. Esta autora empleó de forma deductiva-inductiva los componentes principales del desarrollo humano desde la ciencia de los seres humanos unitarios y el pensamiento existencial-fenomenológico. Con su sentido intuitivo, Parse extrajo de forma metodológica los supuestos, postulados, principios, conceptos y metodologías de práctica (vivencia del arte) y ciencia del paradigma del desarrollo humano. En la figura 24.1 se ilustra cómo los

Primer principio: estructurar el significado es la imaginación y la valoración del lenguaje

Segundo principio: configurar las pautas rítmicas de la relación es la revelación-ocultación y la permisividad-limitación de la conexión-separación

Tercer principio: cotranscender con lo posible es el poder y la creación de la transformación



Conceptos en los *cuadrados*: El poder emerge con la *revelación-ocultación* de la *imaginación*.

Conceptos en los *óvalos*: La *creación* emerge con la *permisividad-limitación* de los *valores*.

Conceptos en los *triángulos*: La *transformación* emerge con el *lenguaje* de *conexión-separación*.

Fig. 24.1 Relación entre los principios, los conceptos y las estructuras teóricas de la teoría del desarrollo humano. (Tomado de Parse, R. R. [1998]. *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals* [p. 56]. Thousand Oaks, CA: Sage. Principios actualizados de Parse, R. R. [2012]. New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly*, 25, 44–52.)

principios, los conceptos y las estructuras teóricas se conectan con simplicidad y complejidad.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La variedad de publicaciones sobre el desarrollo humano demuestra el alto grado de aceptación por parte de la comunidad de enfermería (Bournes, 2013; Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Bournes y Flint, 2003; Bournes y Naef, 2006; Bunkers, 2010a, 2010c, 2011, 2012b; Hayden, 2010; Hegge, 2012; Jassovsky et al., 2010; Mitchell et al., 2006; Oaks y Drummond, 2009; Peterson-Lund, 2011; Smith, 2010; Tanaka et al., 2012). Existe un grupo de expertos en enfermería que están ayudando a avanzar en el desarrollo humano desde la vivencia del arte, la ciencia y la formación. La teoría ha marcado una diferencia para las enfermeras y para las personas (pacientes) que experimentan profesionales del desarrollo humano que viven una presencia verdadera. La teoría incluye a las enfermeras que trabajan con ancianos y con niños. La teoría guía la vivencia del arte de la enfermería para las enfermeras que trabajan con familias (Parse, 2009a) y con personas en

entornos hospitalarios, clínicas y entornos comunitarios (Parse, 2003, 2012b). Por ejemplo, se ha desarrollado un modelo de acción sanitaria basado en la comunidad, que ha recibido el apoyo de la comunidad local y de otros organismos de financiación (Crane et al., 1999). La teoría se utilizó como guía teórica general para desarrollar un modelo de toma de decisiones para reguladores de enfermería en una junta estatal de enfermería (Benedict et al., 2000; Damgaard y Bunkers, 1998, 2012). La teoría ha generado controversia y debate académico sobre la enfermería como una disciplina en evolución y una ciencia humana diferenciada. No se trata de preguntarse si la teoría funciona en un área determinada de la enfermería; ha sido experimentada por profesionales de enfermería en el quirófano, en parroquias, en albergues, en comités de enfermería, en hospitales de cuidados agudos, en centros comunitarios y de estancias de larga duración, y en otros lugares en los que estos profesionales tienen relaciones con personas y con familias.

Formación

El paradigma del desarrollo humano y los supuestos filosóficos y las creencias teóricas especificadas por Parse (1981, 1998, 2012b, 2013, 2014) han alimentado muchos diálogos académicos sobre los resultados a la hora de vivir el arte de la enfermería, en la ciencia y en la formación, cuando diferentes

teorías guían las iniciativas de la enfermería. En *Nursing Science Quarterly* y otras revistas, las enfermeras han impulsado el diálogo y el debate sobre el papel de la teoría en la enfermería, las limitaciones y las aportaciones del modelo médico, la ética de los diagnósticos de enfermería y la relación enfermera-persona, el paternalismo y la asistencia sanitaria, los conocimientos de práctica avanzada en enfermería, las cuestiones paradigmáticas de la enfermería, las limitaciones de la enfermería basada en la evidencia, las posibilidades y la política de la ciencia humana, la libertad y la elección, el enfoque de la enfermería basada en la comunidad, la naturaleza de la verdad, el liderazgo y la teoría de la enfermería, y el alcance de los errores en enfermería.

Parse (2004, 2014) creó un modelo de enseñanza-aprendizaje del desarrollo humano que ha sido utilizado de diversas maneras con estudiantes en entornos académicos (Baumann, 2012a; Bunkers, 2009; Condon, 2009, 2012a, 2012b; Condon y Hegge, 2011; Delis, 2012; Letcher y Yancey, 2004; Milton, 2012b; Ursel y Aquino-Russell, 2010) y de práctica (Bournes y Naef, 2006). Los profesores en entornos académicos y prácticos han aportado una nueva comprensión y nuevos procesos de enseñanza-aprendizaje, y la teoría de Parse se utilizó como modelo para explicar los pros y los contras del teleaprendizaje (Norris, 2002). El paradigma del desarrollo humano se incluye en los cursos de enfermería de grado y posgrado de muchas escuelas de enfermería.

En *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*, Parse (1981) presentó un ejemplo de plan de estudios de un máster en enfermería. Elaboró este plan de estudios detallado basado en el proceso, que incluía descripciones y las secuencias del curso. El plan de estudios se actualizó en 1998 en la obra *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals*. Parse describió la filosofía, los objetivos, el marco conceptual, los temas, los indicadores del programa, el contenido cultural y la evaluación en un ejemplo de plan de estudios coherente con el desarrollo humano. En *The Human-becoming Paradigm: A Transformational Worldview*, Parse (2014) presentó un plan educativo para los profesionales del desarrollo humano. El conocimiento disciplinario de este plan tiene la base del paradigma del desarrollo humano. El plan incluye la filosofía, los objetivos, el marco conceptual y los indicadores del programa.

En la Olivet Nazarene University de Kankakee, Illinois, se elaboró un plan de estudios de máster coherente con el desarrollo humano (Milton, 2003). Hasta la fecha, la mayoría de los alumnos que estudian el paradigma del desarrollo humano son orientados por la teoría en sus vivencias del arte de la enfermería y en la ciencia. Las ideas y la teoría de Parse se están integrando cada vez más en programas de pregrado para ampliar las opciones de que los estudiantes sean instruidos en la noción de que la enfermería es un arte y una ciencia. Por ejemplo, se diseñó, aplicó y homologó un plan de estudios de pregrado en la California Baptist University, en Riverside, California (Milton, comunicación personal, 6 de julio de 2012). Los alumnos de máster y doctorado (PhD y DNP) de la South Dakota State University, Brookings y

Sioux Falls, Dakota del Sur, estudian el paradigma del desarrollo humano, y varios alumnos de doctorado han empleado esta teoría como guía en sus proyectos científicos para la tesis. Además, los estudiantes de doctorado de la Binghamton University de Binghamton (Nueva York) estudian la teoría y la utilizan como guía en sus proyectos de tesis.

Investigación

La teoría del desarrollo humano ha guiado estudios científicos en muchos países diferentes sobre numerosas experiencias vitales, como sentirse amado, sentirse muy cansado, tener valor, esperar, sentirse atendido, pasar por un duelo, cuidar a un ser querido, persistir mientras se quiere cambiar, sentirse comprendido y ser escuchado, así como el paso del tiempo, la calidad de vida, la salud, la presencia continuada, la esperanza y la satisfacción (Doucet y Bournes, 2007). La ciencia de Parse y la ciencia hermenéutica del desarrollo humano (Parse, 2016a, 2016b) generan nuevos conocimientos sobre las experiencias vitales universales del universo humano (Cody, 1995b, 1995c; Parse, 2001a, 2001b, 2005, 2007a, 2011b, 2012b). Por ejemplo, los hallazgos de la ciencia han aumentado la comprensión sobre cómo los individuos experimentan la esperanza mientras imaginan nuevas posibilidades y sobre cómo crean momentos de respiro cuando están de duelo por una muerte. Los hallazgos de la ciencia están entrelazados con la teoría de manera que los hallazgos pueden informar al pensamiento en cualquier estudio particular.

En los estudios sobre el duelo y la pérdida, los investigadores describieron un ritmo de compromiso y desencuentro con la persona perdida y con otras personas que hacen recordar al que sufre el duelo por la persona perdida (Cody, 1995a; Florczak, 2008; Pilkington, 1993, 2008). Las mujeres que han sufrido un aborto ya tenían una relación con sus bebés, y la angustia de perderlos era tan intensa que las mujeres inventaron formas de distanciarse de la realidad del hijo perdido. Cuando estaban solas, el dolor era insoportable, y cuando estaban con otras personas, la angustia se aliviaba e intensificaba a la vez, ya que las expresiones de consuelo se mezclaban con las palabras que reconocían la realidad del hijo perdido (MacDonald y Jonas-Simpson, 2009; Pilkington, 1993). Las mujeres describían ritmos de implicación-desimplicación con la pérdida del niño, y cercanía con los demás, dolor y respiro. La vinculación del ritmo con el concepto teórico de *conexión-separación* y con la idea de la *presencia continuada* significa que las enfermeras pueden pensar en y estar presentes con quienes experimentan el duelo y la pérdida. ¿Cómo expresan las familias en cuidados paliativos su compromiso y su distanciamiento con la persona que se aproxima a la muerte? Los estudios de la ciencia sobre la pérdida y el duelo pueden potenciar especialmente la comprensión sobre la conexión-separación con el conocimiento para vivir el arte de la enfermería.

En 2004, Mitchell desarrolló un marco para criticar la ciencia del desarrollo humano que amplió las opciones para los críticos que adoptan la ciencia de la enfermería guiada por el

desarrollo humano (Mitchell, 2004). Parse (2011b) sigue perfeccionando los métodos de la ciencia. En los primeros cambios, Parse cambió el nombre de la propuesta participante por el de **arte del lenguaje**, y añadió un proceso que requería que el investigador seleccionara o creara una expresión artística que mostrara cómo el investigador se transfigura a través del proceso de investigación (Parse, 2005). La expresión artística mejora la comprensión de lo que el erudito aprendió sobre el fenómeno en estudio. Por ejemplo, en un estudio sobre la experiencia de sentirse respetado, Parse (2006) refirió que 10 historiadores adultos de su estudio describieron el sentimiento de respeto como «un reconocimiento de la valía personal» (p. 54). Por ejemplo, refirieron sentirse seguros, confiados y apreciados, y experimentaban alegría al sentirse respetados (Parse, 2006). Parse mostró que, en cada caso, el historiador hablaba del sentimiento respetado como una «seguridad fortificada en medio de una indiferencia potencial que surge con el placer satisfecho de las alianzas preciadas» (p. 54). La expresión artística de Parse (2006) para este estudio (es decir, la representación de su propio aprendizaje sobre el fenómeno del sentimiento de respeto que surgió a través del proceso de la ciencia) fue el siguiente poema:

*El roble se alza
noble en la colina
incluso en
la época de los cerezos en flor.*

Basho (1644-1694/1962)

Parse (2006) interpretó la expresión artística diciendo: «El roble se alza noble, reconocido como tal con el potencial de ser ignorado en medio de la belleza de los cerezos en flor, y sin embargo, existe placer en la fortificación de ser conocido como roble. El roble y los cerezos en flor viven una mutualidad de ser preciados como singulares individualmente y excepcionalmente juntos» (p. 55). Posteriormente, Parse introdujo las **emergencias metafóricas** en el método de investigación de Parse. Lo hizo después de estudiar los informes de numerosos estudios del método de investigación de Parse y observó que:

«Las descripciones lingüísticas de las experiencias universales [vitales] por parte de los participantes estaban plagadas de metáforas que expresaban de forma creativa el significado de las experiencias universales [vitales]. Las metáforas son frases, atribuciones a objetos o ideas que ofrecen giros sorprendentes a los significados... Extraer las metáforas expresadas por los participantes en los diálogos sobre las experiencias universales [vitales] y conceptualizarlas de forma creativa a la luz de la ontología del desarrollo humano amplía el conocimiento de las experiencias.»

(2011b, p. 13)

Parse (2011b) utilizó el estudio de 2006 sobre el sentimiento de respeto para ilustrar el uso de emergencias metafóricas con

el método de investigación de Parse. Las emergencias metafóricas que surgieron de las descripciones de los participantes sobre el sentimiento de respeto en ese estudio (Parse, 2006) incluyeron: «Sentirse respetado es como si todo funcionara a pleno rendimiento; me siento eufórico durante media hora después de la clase» (p. 53). Al describir lo que se puede aprender de esta metáfora a la luz del estudio, Parse escribió lo siguiente:

«Esta metáfora ilumina aún más el significado de la sensación de respeto cuando se conecta con los conceptos centrales (reforzar la seguridad en medio de un posible desprecio, satisfacer el placer y las alianzas preciadas) y cuando se elabora con la ontología del desarrollo humano. El funcionamiento de todos los cilindros es la fuerza impulsora del empuje-resistencia en el poder con el intenso impulso del refuerzo de la seguridad. El refuerzo de la seguridad con el respeto a los sentimientos surge con imágenes ilimitables que cocrean nuevas preferencias predilectas familiares-no familiares que se viven como oportunidades entre las limitaciones. El sentimiento eufórico de la metáfora es el placer satisfecho de verse elevado, aun frente al recuerdo y el potencial siempre presente de la indiferencia. La paradoja vital de atención-indiferencia revela y oculta a la vez la diversidad de la conexión-separación con las alianzas preciadas que emergen con el respeto a los sentimientos. La metáfora "función a pleno rendimiento... [con euforia]" saca a la luz la sensación de respeto como una poderosa fuerza de flotación inquebrantable en la confirmación de los compromisos humanos. Muestra la experiencia vivida de sentirse respetado como una cocreación expresada en el ahora emergente que encarna a la vez el misterio de ser humano.»

(2011b, p. 14)

Se pueden explorar otros cambios en la ciencia de Parse y en la ciencia hermenéutica del desarrollo humano leyendo las referencias citadas al final de este capítulo.

CRÍTICA

Claridad

El desarrollo humano es un paradigma abstracto y complejo de la enfermería que incluye la teoría del desarrollo humano (los principios). Es una teoría y no un modelo, porque sus conceptos e interrelaciones se definen por principios que están escritos en un discurso a nivel abstracto –el lenguaje de la ciencia–. La teoría penetra en los principios de la enfermería tradicional y de la asistencia sanitaria en general. Esa penetración puede estar limitada por fisuras u oleadas de actividad para aumentar las oportunidades y avanzar el pensamiento. Esto obliga a las enfermeras a explorar vías que resulten útiles para fomentar la mejora de la humanidad.

Sencillez

En consonancia con el discurso teórico, los principales conceptos del desarrollo humano se definen en términos filosóficos abstractos. El lenguaje ha sido una fuente de comodidad y malestar para las enfermeras (Mitchell y Bournes, 2000; Mitchell et al., 2006). El desacuerdo con el lenguaje en ocasiones puede estar más relacionado con las creencias y los supuestos no familiares sobre el universo humano que con los conceptos actuales. Además, para algunos el desacuerdo radica en las afirmaciones no direccionales que no especifican relaciones causales o predictivas sobre el universo humano.

Los conceptos de «desarrollo humano» a menudo resuenan en las personas cuando se consideran a nivel de la experiencia humana. Por ejemplo, el concepto de la valoración cuando se discute sobre la experiencia humana se centra en la manera en que las personas eligen y actúan en lo que es importante en sus vidas. Esta idea debería ser inherentemente familiar, lo mismo que la idea de que, a veces, la gente revela los detalles más íntimos de su vida mientras que otras veces guarda secretos de los demás (revelar-ocultar). Pickrell et al. (1998) señalaron que un lector primerizo podría tener la tentación de descartar los conceptos por considerarlos demasiado simples para transmitir la complejidad inherente a la teoría, pero advierten que hacerlo sería un error. Los principios de Parse describen una imagen compleja y realista del desarrollo humano, y esta imagen ofrece un marco de significado para la comprensión de la ilimitabilidad, el misterio, la libertad y la paradoja del universo humano.

Generalidad

El paradigma de la formación humana ha sido seleccionado como guía teórica por enfermeras y otros profesionales sanitarios en diferentes entornos, como los cuidados intensivos, los cuidados de larga duración, la comunidad y la regulación de la enfermería. La teoría ha ayudado a las enfermeras a estar con individuos, familias y grupos y ha sido evaluada en ámbitos de enfermería donde los pacientes comentaron la diferencia positiva que supuso (Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Jonas, 1995; Mitchell et al., 1997; Northrup y Cody, 1998; Williamson, 2000). El desarrollo humano ha ayudado a los líderes a crear un cambio beneficioso en la cultura organizativa y ha fundamentado el desarrollo de estándares asistenciales (Mitchell y Bournes, 1998), guías de prácticas óptimas (Nelligan et al., 2002; Registered Nurses Association of Ontario, 2002), herramientas de toma de decisiones para los reguladores de enfermería (Benedict et al., 2000; Bunkers, 2016a; Damgaard y Bunkers, 1998, 2012), programas de tutoría para enfermeras principiantes (Bournes y Plummer, 2011; Bournes et al., 2011) y programas de liderazgo y ciencia para enfermeras que trabajan en el punto de atención (Bournes, 2013). La teoría del desarrollo humano cambia lo que ven los profesionales cuando se comprometen con las personas en la vivencia del arte de la

enfermería y en la ciencia. La teoría hace cambiar el pensamiento, la actuación, las actitudes y los enfoques de los que se fían los profesionales para cubrir sus objetivos con los demás. De hecho, la teoría del desarrollo humano cambia las intenciones y los objetivos de los profesionales y no hay límite en cuanto a cómo debe contribuir la enseñanza a la práctica con un cierto significado y los enfoques para todas las actividades profesionales relacionadas con la investigación, la formación y el liderazgo.

Accesibilidad

La accesibilidad de la teoría se evalúa con pruebas que se abordan en las siguientes preguntas:

- ¿La evidencia (entendida aquí como «realidad») respalda la teoría?
- ¿Tienen sentido los principios y conceptos de la teoría del desarrollo humano para las enfermeras cuando viven el arte (la práctica) de la enfermería con las personas?
- ¿Ayuda la teoría del desarrollo humano a las enfermeras a estar con las personas de forma útil y que marque una diferencia desde la perspectiva de la persona?
- ¿Es la teoría útil para los administradores y los eruditos (investigadores)?
- ¿Los resultados de la ciencia (investigación) amplían los conocimientos y aumentan la base teórica?

La respuesta a estas preguntas es, claramente, un entusiasta «sí». La teoría es útil porque proporciona una base significativa que es útil para las enfermeras que quieren vivir ciertos valores en la práctica y la investigación (Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Mitchell et al., 2006).

Una enfermera que está aprendiendo la teoría podría hacer las siguientes preguntas:

- ¿Qué dice la teoría del desarrollo humano sobre las personas, y creo en estas ideas tal y como se presentan?
- ¿Estoy de acuerdo con las creencias básicas de la teoría del desarrollo humano?

Las respuestas a las preguntas iniciales sobre la evidencia o la congruencia con la realidad suelen llevar a la decisión de seguir con la tarea más difícil, que es estudiar la teoría. El compromiso de aprender más requiere cierta atracción por los valores y supuestos básicos subyacentes sobre el universo humano, la calidad de vida y el *ethos* del ser humano (Parse, 2014). Estos valores reconocen que las personas tienen opiniones propias y singulares sobre la vida y su calidad de vida. Hablan de lo que significan las cosas en un nivel personal; valoran sus prioridades y persiguen aquello que les es de importancia; quieren tomar sus propias decisiones; y hablan sobre pensamientos y sentimientos paradójicos, diciendo «una cosa y su contraria». Finalmente, los profesionales de enfermería se preguntan: «¿Cómo, en mi opinión, cambian las personas? ¿Las personas toman decisiones que les ayudan a avanzar en la dirección de sus propios sueños y esperanzas?» La teoría del desarrollo humano explora estas preguntas.

Importancia

Parse denomina a la enfermería una *ciencia humana* y, como tal, representa creencias particulares que han existido durante más de 100 años. La teoría del desarrollo humano ha tomado las creencias de la ciencia humana al servicio del desarrollo del conocimiento de maneras nuevas e importantes. Las metodologías de la vivencia del arte de la enfermería desde el desarrollo humano y la ciencia han generado cambios en la asistencia y un sentido renovado del sentido profesional. Considere los siguientes ejemplos:

1. Un grupo de enfermeras de dos provincias canadienses evaluaron durante 24 meses los cuidados guiados por el desarrollo humano, y estas enfermeras de cuidados intensivos refirieron una mayor satisfacción y sentido del deber en su trabajo como enfermeras profesionales (Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Mitchell et al., 2006).
2. Equipos de eruditos, profesionales, escritores artísticos, actores y consumidores produjeron una obra dramática basada en la investigación llamada *I'm Still Here* sobre vivir con enfermedad de Alzheimer. El Murray Alzheimer Research and Education Program de la University of Waterloo financió la producción de una versión en DVD de la obra, así como una guía educativa basada en la teoría, la investigación y la práctica autorreflexiva del desarrollo humano (Mitchell et al., 2006). Cientos de profesionales sanitarios y familias de países de todo el planeta han comprado el DVD y una guía educativa. Los investigadores Mitchell, Dupuis y Jonas-Simpson llevaron a cabo una representación en vivo de *I'm Still Here* para completar un estudio longitudinal financiado por el Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) de Canadá; este estudio evaluó la traducción de conocimientos a través de la representación artística.
3. El trabajo de Jonas-Simpson sobre el sentimiento de las madres que experimentaron la pérdida de sus bebés se ha fundamentado en el desarrollo humano y los hallazgos presentados en Nueva York en una exposición interactiva de historias, poesía, fotografías y pinturas inspiradas en la investigación de la artista Ann Bayly para profesionales y madres invitadas a compartir sus propias historias en una revista. Más recientemente, ha servido de base para la cocreación de dos vídeos: *Enduring Love: Transforming loss*, que trata de cómo las madres y sus familias viven la pérdida de un hijo, y *Why Did Baby Die? Mothering Children Living With the Loss, Love and Continuing Presence of a Baby Sibling*, centrado en los hijos supervivientes. Ambos vídeos están disponibles en <http://bookstore.yorku.ca>.
4. El modelo de tutoría del desarrollo humano (Parse, 2008b) se utilizó en un estudio (Bournes y Plummer, 2011) que examinó el impacto de un programa de tutoría con enfermeras experimentadas en cuidados intensivos y enfermeras recién graduadas interesadas en especializarse en los cuidados intensivos. Se diseñó para abordar cuestiones

importantes relacionadas con la contratación y retención de las enfermeras de cuidados intensivos, para mejorar la capacidad de tutoría de las enfermeras en un hospital universitario, para evaluar un programa de tutoría dirigido al personal de enfermería, y para ampliar los conocimientos sobre la eficacia y la generalización del modelo del desarrollo humano 80/20 (Bournes y Ferguson-Paré, 2007). En el programa tomaron parte 11 profesionales de enfermería experimentados en cuidados críticos y 13 recién graduados. Invirtieron el 80% de su tiempo en cuidados directos a los pacientes y el 20% en desarrollo profesional, con un enfoque en el aprendizaje sobre la práctica y la mentorización en enfermería orientada por el desarrollo humano y un trabajo en colaboración en parejas de mentorización. Los profesionales experimentados en cuidados críticos también participaron en talleres independientes de desarrollo de mentores en desarrollo humano a lo largo del estudio. Los hallazgos mostraron un aumento general en la satisfacción de los profesionales de cuidados críticos revelado en los resultados de encuestas seriadas de opinión entre empleados. El tiempo de baja por enfermedad, las horas extraordinarias y los turnos tendieron a la baja entre el grupo de participantes, en comparación con el de no participantes. Los participantes en el grupo de mentores mostraron cambios en el modo en que describían la importancia de la experiencia de mentorización. Los participantes como mentores, aunque a veces se quejaban de tener que aprenderse la teoría, valoraban la oportunidad renovadora y satisfactoria del tiempo pasado con sus pupilos. Hablaron de respeto de los sentimientos, apoyo a los sentimientos y desafíos en su aprendizaje para apreciar la importancia de la enfermería desde un nuevo enfoque. También describieron haber vivido relaciones más profundas y cercanas que las previstas antes del estudio. Hablaron sobre respeto y preocupación por los demás y de la importancia de escuchar y de no juzgar a los otros. Indicaron que se sentían más satisfechos en sus roles, comprendían el modo en que el desarrollo humano puede guiar sus relaciones con sus compañeros y con los pacientes y sus familiares, que sentían haber renovado su compromiso con la enfermería y que aprendían de sus compañeros más jóvenes. Los principiantes también cambiaron en el modo de describir la importancia de la experiencia de la mentorización. Valoraron la orientación y el asesoramiento sobre el trabajo y las competencias que habían previsto que adquirirían con la experiencia de la mentorización, pero también compartían que esta experiencia los había inspirado y ayudado a imaginar numerosas posibilidades profesionales para su futuro en la enfermería. Describieron asimismo su respeto por las opiniones de los demás, su tendencia a juzgar menos y a ser más comprensivos, a escuchar con más atención lo que decían los demás y a entablar nuevas amistades. Hablaron de su adquisición de nuevas perspectivas sobre las personas y la enfermería, y dijeron que se sentían

más completos, que se comprendían con más claridad a sí mismos y sus objetivos profesionales. También valoraban tener una visión más general en relación con mejorar la comprensión de la diversidad de funciones en enfermería y de los diversos centros de prácticas representados por los participantes en el estudio.

5. Los modelos de liderazgo-seguimiento y enseñanza-aprendizaje del desarrollo humano se utilizan en Ginebra (Suiza) en entornos sanitarios y centros comunitarios para familias de personas con cáncer.
6. El paradigma del desarrollo humano, que incluye la teoría y el modelo de dignidad humana del desarrollo humano (Parse, 2014), son utilizados por el South Dakota Board of Nursing en Sioux Falls, Dakota del Sur, para guiar el modelo regulador-de decisión para la protección de la población.

Hay indicios convincentes de que la teoría del desarrollo humano es una guía adecuada para los profesionales que quieren crear asociaciones respetuosas con las personas que buscan ayuda para vivir con calidad. Hace muchas décadas, Phillips (1987) sugirió que el trabajo de Parse transformaría la base de conocimientos y la práctica de la enfermería hacia una perspectiva unitaria. De hecho, la teoría del desarrollo humano está transformando a los profesionales que viven el arte de la enfermería en numerosos ámbitos, y las evaluaciones

son positivas (Bournes, 2002; Bournes y Ferguson-Paré, 2007; Bournes et al., 2011; Jonas, 1995; Legault y Ferguson-Paré, 1999). La teoría del desarrollo humano dirige su atención a los significados de la calidad de vida de las personas y a sus deseos, necesidades, preocupaciones y preferencias en relación con la información y el cuidado. El futuro del cuidado de salud está basado en el desarrollo de las teorías y las prácticas que honran y respetan a la gente como expertos en sus propias vidas. Como mínimo cinco de los grandes hospitales universitarios de Canadá apoyan los programas piloto y han aplicado estándares de práctica enfermera explícitamente informados por la teoría del desarrollo humano. La University Health Network, el hospital universitario más grande adscrito a la Universidad de Toronto, financia el 20% del tiempo de las enfermeras para participar en sesiones de educación-aprendizaje basadas en el desarrollo humano. Un estudio piloto de 2 años de duración evaluó los cambios que se produjeron cuando una unidad quirúrgica utilizó la atención centrada en el paciente del desarrollo humano (Bournes y Ferguson-Paré, 2007). Este proyecto piloto se reprodujo en una unidad de cardiología del Regina General Hospital en Saskatchewan, Canadá (Bournes et al., 2009) y en otras dos unidades de la University Health Network de Toronto, Canadá, con resultados similares (Bournes y Ferguson-Paré, 2007).

RESUMEN

El trabajo con el paradigma del desarrollo humano sigue evolucionando, al igual que la propia teoría. Un avance importante se produjo en 1998, cuando Parse amplió la escuela de pensamiento del desarrollo humano e introdujo el texto *Community: A Humanbecoming Perspective* (2003), que ofrece nuevos conceptos sobre el cambio en la comunidad. Puede encontrarse una explicación más extensa del modelo comunitario en el artículo de Parse (2012b) «New Humanbecoming Conceptualizations and the Humanbecoming Community Model: Expansions With Sciencing and Living the Art». Dentro del desarrollo humano, Parse ha creado modelos de enseñanza-aprendizaje (Parse, 2004), de tutoría (Parse, 2008b), de liderazgo-seguimiento (Parse, 2008a, 2011a) y de familia (Parse, 2009a) que se están utilizando en entornos de investigación, el liderazgo, la práctica y la formación (Bournes, 2013; Condon, 2010b, 2011; Florczak et al., 2010; Kim et al., 2011; Maillard-Struby, 2012; Milton, 2010a, 2010b, 2011, 2012a; Morrow, 2012a). Más recientemente, la publicación *The Humanbecoming Paradigm: A Transformational Worldview* (2014) presenta muchos de los cambios actuales de Parse en el paradigma, la teoría y los modelos relacionados. La ciencia continuada amplía la comprensión y muestra

nuevas relaciones entre conceptos teóricos. A medida que las escuelas de enfermería introducen y enseñan el paradigma del desarrollo humano, más enfermeras examinan la teoría en su práctica. Aprender la teoría requiere el estudio formal, una contemplación tranquila y una síntesis creativa. A medida que más enfermeras utilizan la teoría para vivir el arte, así como en la ciencia y el liderazgo, su diálogo erudito hace avanzar la disciplina enfermera.

La teoría del desarrollo humano sigue siendo una teoría para el futuro. A medida que las enfermeras cuestionan cómo se relacionan con los demás y se cuestionan la base de conocimientos de su disciplina, la teoría del desarrollo humano proporciona una perspectiva y un campo de posibilidades para cambiar y crecer. Los administradores que participan con enfermeras siguen clarificando no solo lo que esperan de los profesionales, sino también cómo quieren que estos trabajen con ellos.

El enfoque mecanicista sigue perdiendo atractivo para los profesionales de atención sanitaria, cuya misión es relacionar a las personas como seres humanos con la esperanza y la desesperanza, la alegría y la tristeza, la vida y la muerte. Esta teoría ofrece un enfoque de desarrollo humano para los profesionales de enfermería, más aún conforme evoluciona la humanidad.

CASO CLÍNICO

La señora Brown, una mujer de 48 años, ha sido diagnosticada de cáncer de mama. Acaba de ingresar en la clínica oncológica para su tercera sesión de quimioterapia.

Cuando se le pregunta cómo se siente, la señora Brown empieza diciendo lo cansada que está y la carga que representa ocultarle el diagnóstico a su hija. La señora Brown lo mantiene en secreto por miedo a la reacción que esta podría

tener. Dice que en este momento apenas retiene las cosas y que no puede hacer más. También está preocupada por la quimioterapia y lo que puede esperar, dado que los efectos secundarios son cada vez más intensos.

Tenga en cuenta a la señora Brown en las actividades de pensamiento crítico que se muestran a continuación.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Piense sobre la vivencia del arte de la enfermería de Parse (2014), iluminando el significado (explicación), cambiando los ritmos (colaboración), e inspirando trascendencia (acompañamiento). Las enfermeras viven la presencia real con las personas, y esto significa centrarse y prepararse para soportar ser testimonio de la realidad de la señora Brown. Para invitar a la señora Brown a hablar, inicialmente la enfermera puede pedirle que hable más sobre su situación. En el ritmo del habla, la señora Brown puede hacer pausas, dándole oportunidad a la enfermera de plantear cuestiones que ayuden a la señora Brown a explorar cómo se siente. La enfermera puede preguntar: «¿Cuál es la carga? ¿Qué significa? ¿Qué piensa que pasará si su hija se preocupa?». Según Parse (1990, 1998), pensar e imaginar un acontecimiento anticipado es una oportunidad para ensayar y aclarar cuál es la mejor manera de mostrar las consecuencias previstas. De esta forma se ayuda a la persona a tomar decisiones sobre cómo seguir o cambiar la situación.
2. Articular los juicios que se exigen en la teoría del desarrollo humano. La enfermera se abstiene de resumir, comparar, juzgar o etiquetar a la señora Brown a medida que lucha con las posibilidades y las opciones de su situación. El respeto incondicional recogido en la teoría del desarrollo humano es un gran reto. Puede ser mucho más fácil dar consejos o intentar enseñar, pero lo que se pide es que la enfermera sea testigo de las propias prioridades de valores personales de cada persona. ¿Qué podría decirle a la Sra. Brown para animarla a explorar sus posibilidades?
3. ¿Dónde se encuentra la experiencia para las enfermeras guiadas por la teoría del desarrollo humano? La enfermera guiada por la teoría de desarrollo humano cree que la señora Brown conoce la mejor manera de proceder –posiblemente la enfermera no puede conocer la forma para otra persona–. La señora Brown dice que no puede hacer mucho más en su vida y que está sobrecargada por el secreto. El conflicto está en luchar y escoger una forma de avanzar. La madre conoce a su hija y ella también sabe cómo se vuelca en su vida. La presencia real de la enfermera y las preguntas guiadas por la teoría pueden ayudar a

la señora Brown a comprender cómo manifestar sus prioridades de valores en este momento. La enfermera también sabe que las prioridades de valores de la señora Brown pueden cambiar en cualquier momento, conduciéndola a un curso de acción distinto. La enfermera puede ser experta en otras áreas, basándose en su conocimiento y experiencia, y confiar en que las personas buscarán información cuando estén preparadas.

4. La Sra. Brown habló sobre estar cansada. La enfermera podría explorar esto más a fondo. ¿Cómo se manifiesta el cansancio? ¿Qué le parece útil a la Sra. Brown? ¿Qué le gustaría hacer al respecto? Hasta que estas cosas no se conozcan, la enfermera no puede saber cómo proceder. La enfermera puede descubrir sugerencias útiles que ofrecer. La enfermera guiada por el desarrollo humano proporciona información a medida que la gente indica su disposición para oírla. La enfermera cree que dar información o sugerencias a medida que la persona las busca en el flujo del diálogo y escuchándola es la forma más respetuosa y significativa de enseñar.
5. Especifique tres beneficios para la humanidad cuando las enfermeras siguen la teoría del desarrollo humano. Vivir el arte de la presencia verdadera en desarrollo humano se corresponde con lo que las personas dicen que querrían encontrar en los profesionales sanitarios. Las personas han indicado en numerosos informes y publicaciones que quieren ser escuchadas, respetadas, implicarse en su cuidado y proveerse de información significativa cuando la quieran y la necesiten. La gente no quiere ser juzgada o etiquetada por sus elecciones o formas de vida. Las personas quieren ser creídas, comprendidas y respetadas. La teoría del desarrollo humano proporciona una guía para las enfermeras que quieren vivir el arte de la enfermería como quieren los clientes. Se ha demostrado que las enfermeras que se guían por la perspectiva del desarrollo humano están más alerta, más inclinadas a actuar ante las preocupaciones de los clientes y más propensas a implicar a los pacientes y a las familias en sus cuidados (Mitchell y Bournes, 1998; Parse, 2011c).

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Discovery International, en www.discoveryinternationalonline.com.
- International Consortium of Parse Scholars. *Humanbecoming* en www.humanbecoming.org.
- Parse, R. R. (2004). A humanbecoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*, 17, 33–35.
- Parse, R. R. (2007a). Hope in “Rita Hayworth and Shawshank Redemption”: A humanbecoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*, 20, 148–154.
- Parse, R. R. (2007b). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20, 308–311.
- Parse, R. R. (2008a). The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly*, 21, 369–375.
- Parse, R. R. (2008). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*, 21, 195–198.
- Parse, R. R. (2008). Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly*, 21, 45–48.
- Parse, R. R. (2009a). The humanbecoming family model. *Nursing Science Quarterly*, 22, 305–309.
- Parse, R. R. (2010). Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 23, 257–262.
- Parse, R. R. (2011a). Humanbecoming leading-following: The meaning of holding up the mirror. *Nursing Science Quarterly*, 24, 169–171.
- Parse, R. R. (2011c). What people want from professional nurses. *Nursing Science Quarterly*, 24, 93.
- Parse, R. R. (2012b). New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly*, 25, 44–52.
- Parse, R. R. (2014). *The humanbecoming paradigm: A transformational worldview*. Pittsburgh, PA: Discovery International Publication.
- Parse, R. R. (2016). Humanbecoming hermeneutic sciencing: Reverence, awe, betrayal, and shame in the lives of others. *Nursing Science Quarterly*, 29, 128–135.
- Rosemarie Parse, *Theory of Humanbecoming*. (1990). *Nurse Theorists: Portraits of Excellence*, Volume 1. Disponible en https://www.fitne.net/nurse_theorists1.jsp.

BIBLIOGRAFÍA

- Basho. (1962). *Haiku harvest* (pp. 1644–1694). White Plains, NY: Peter Pauper.
- Baumann, S. L. (2008). Wisdom, compassion, and courage in the Wizard of Oz: A humanbecoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*, 21, 322–329.
- Baumann, S. L. (2012a). Educating international students. *Nursing Science Quarterly*, 25, 97–98.
- Baumann, S. L. (2012b). A humanbecoming program of research. *Nursing Science Quarterly*, 25, 17–19.
- Baumann, S. L. (2016). The living experience of difficulty telling the truth: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, 28, 49–56.
- Benedict, L. L., Bunkers, S. S., Damgaard, G. A., Duffy, C. E., Hohman, M. L., & Vander Woude, D. L. (2000). The South Dakota board of nursing theory-based regulatory decisioning model. *Nursing Science Quarterly*, 13, 167–171.
- Bournes, D. (2000). A commitment to honoring people's choices. *Nursing Science Quarterly*, 13, 18–23.
- Bournes, D. A. (2002). Research evaluating human becoming in practice. *Nursing Science Quarterly*, 15, 190–195.
- Bournes, D. A. (2007). Rosemarie Rizzo Parse over the years. *Nursing Science Quarterly*, 20, 305.
- Bournes, D. A. (2013). Cultivating a spirit of inquiry using the humanbecoming leading-following model: The nursing research challenge. *Nursing Science Quarterly*, 26, 182–188.
- Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2007). Human becoming and 80/20: An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science Quarterly*, 20, 237–253.
- Bournes, D. A., Ferguson-Paré, M., Plummer, C., & Kyle, C. (2009). *Innovations in nurse retention and professional development: The 80/20 humanbecoming patient-centered care model in Regina, Saskatchewan* [Paper presentation] 2009 National Nursing Leadership Conference, Toronto, Ontario, Canada.
- Bournes, D. A., & Flint, F. (2003). Mis-takes: Mistakes in the nurse-person process. *Nursing Science Quarterly*, 16, 127–130.
- Bournes, D. A., & Milton, C. L. (2009). Nurses' experiences of feeling respected-not respected. *Nursing Science Quarterly*, 22, 47–56.
- Bournes, D. A., & Naef, R. (2006). Human becoming practice around the globe: Exploring the art of living true presence. *Nursing Science Quarterly*, 19, 109–115.
- Bournes, D. A., & Plummer, C. (2011). *Critical care mentoring study: Testing a program to enhance recruitment and retention of nurses*. Final report submitted to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (Grant no. 06505). Toronto, Ontario.
- Bournes, D. A., Plummer, C., Hollett, J., & Sherman, D. (2011). *Critical care mentoring study: Testing a program to enhance recruitment and retention of nurses* [Abstract]. Nursing Leadership Network of Ontario Conference, “Setting the Bar for a High Performing Healthcare System.” Toronto, Ontario, Canada.
- Bunkers, S. S. (2009). Fostering the creative spirit in teaching-learning. *Nursing Science Quarterly*, 21, 323–325.
- Bunkers, S. S. (2010a). A focus on human flourishing. *Nursing Science Quarterly*, 23, 290–295.
- Bunkers, S. S. (2010b). The lived experience of feeling sad. *Nursing Science Quarterly*, 23, 231–239.

- Bunkers, S. S. (2010c). The power and possibility in listening. *Nursing Science Quarterly*, 23, 22–27.
- Bunkers, S. S. (2011). What is not yet: Cultivating the imagination. *Nursing Science Quarterly*, 24, 324–328.
- Bunkers, S. S. (2012a). The lived experience of feeling disappointed: A Parse research method study. *Nursing Science Quarterly*, 25, 53–61.
- Bunkers, S. S. (2012b). Presence: The eye of the needle. *Nursing Science Quarterly*, 25, 10–14.
- Bunkers, S. S. (2016a). I am community. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 103–107.
- Bunkers, S. S. (2016b). The living experience of feeling unsure. *Nursing Science Quarterly*, 29(4), 288–298.
- Cody, W. K. (1995a). The lived experience of grieving for families living with AIDS: Family-centered research using Parse's method. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The humanbecoming theory in practice and research* (pp. 197–242). New York: National League for Nursing.
- Cody, W. K. (1995b). The meaning of grieving for families living with AIDS. *Nursing Science Quarterly*, 8, 104–114.
- Cody, W. K. (1995c). Of life immense in passion, pulse, and power: Dialoguing with Whitman and Parse. A hermeneutic study. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The humanbecoming theory in practice and research* (pp. 269–308). New York: National League for Nursing.
- Cody, W. K. (2000). The lived experience of grieving for persons living with HIV who have used injection drugs. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11, 82–92.
- Cody, W. K. (2012). A brave and startling truth: Parse's humanbecoming school of thought in the context of the contemporary nursing discipline. *Nursing Science Quarterly*, 25, 7–9.
- Cody, W. K., & Mitchell, G. J. (2002). Nursing knowledge and human science revisited: Practical and political considerations. *Nursing Science Quarterly*, 15, 4–13.
- Condon, B. B. (2009). Artistic expression in teaching-learning. *Nursing Science Quarterly*, 21, 326–331.
- Condon, B. B. (2010a). The lived experience of feeling misunderstood. *Nursing Science Quarterly*, 23, 138–147.
- Condon, B. B. (2010b). A story of family. *Nursing Science Quarterly*, 23, 210–214.
- Condon, B. B. (2010c). Understanding-misunderstanding: A philosophical and theoretical exploration. *Nursing Science Quarterly*, 23, 306–314.
- Condon, B. B. (2011). Hidden treasures in co-shaping community environment. *Nursing Science Quarterly*, 24, 112–117.
- Condon, B. B. (2012a). Celebrating now in teaching-learning. *Nursing Science Quarterly*, 25, 28–33.
- Condon, B. B. (2012b). Thinking unleashed. *Nursing Science Quarterly*, 25, 225–230.
- Condon, B. B., & Hegge, M. (2011). Human dignity: A cornerstone of doctoral education in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 24, 209–214.
- Crane, J., Josephson, D., & Letcher, D. (1999). *The human becoming health action model in community*. Paper presentation]. In *The Seventh Annual International Colloquium on Human Becoming*. Chicago, IL, United States: Loyola University.
- Damgaard, G., & Bunkers, S. S. (1998). Nursing science-guided practice and education: A state board of nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, 11, 142–144.
- Damgaard, G., & Bunkers, S. S. (2012). Revisited: The South Dakota Board of Nursing theory-based regulatory decisioning model. *Nursing Science Quarterly*, 25, 211–216.
- Delis, P. C. (2012). Illumination of Parse's theory of humanbecoming: Modern literature as situation study. *Nursing Science Quarterly*, 25, 144–146.
- Doucet, T. J. (2012a). Feeling strong: A Parse research method study. *Nursing Science Quarterly*, 25, 62–71.
- Doucet, T. J. (2012b). A humanbecoming program of research: Having faith. *Nursing Science Quarterly*, 25, 20–24.
- Doucet, T., & Bournes, D. A. (2007). Review of research related to Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, 20, 16–32.
- Florczak, K. L. (2008). The persistent yet everchanging nature of grieving a loss. *Nursing Science Quarterly*, 21, 7–11.
- Florczak, K. L. (2010). Gathering information on spirituality: From whose perspective. *Nursing Science Quarterly*, 23, 201–205.
- Florczak, K. L. (2012). Stories and programs of research: Revelations about humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*, 25, 15–16.
- Florczak, K., Falkenstern, S. K., & Baumann, S. L. (2010). A glimmer into the understanding of family. *Nursing Science Quarterly*, 23, 105–112.
- Hayden, S. J. (2010). Disaster care through a human becoming lens. *Nursing Science Quarterly*, 23, 125–128.
- Hegge, M. J. (2012). Humanbecoming and practice: Fairness-unfairness. *Nursing Science Quarterly*, 25, 141–143.
- Jasovsky, D. A., Morrow, M. R., Clementi, P. S., & Hindle, P. A. (2010). Theories in action and how nursing practice changed. *Nursing Science Quarterly*, 23, 29–38.
- Jonas, C. M. (1995). Evaluation of the human becoming theory in family practice. In R. R. Parse (Ed.), *Illuminations: The human becoming theory in practice and research* (pp. 347–366). New York: National League for Nursing.
- Jonas-Simpson, C. (2010). Awakening to space consciousness and timeless transcendent presence. *Nursing Science Quarterly*, 23, 195–200.
- Kim, H. K., Lee, O. J., & Baumann, S. L. (2011). Nursing practice with families without a country. *Nursing Science Quarterly*, 24, 273–278.
- Legault, F., & Ferguson-Paré, M. (1999). Advancing nursing practice: An evaluation study of Parse's theory of human becoming. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 30–35.
- Letcher, D. C., & Yancey, N. R. (2004). Witnessing change with aspiring nurses: A human becoming teaching-learning process in nursing education. *Nursing Science Quarterly*, 17, 36–41.
- MacDonald, C. A., & Jonas-Simpson, C. M. (2009). Living with changing expectations for women with high risk pregnancies. *Nursing Science Quarterly*, 21, 74–82.
- Maillard-Struby, F. (2012). Feeling unsure: A lived experience of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*, 25, 72–81.
- Milton, C. L. (2003). A graduate curriculum guided by human becoming: Journeying with the possible. *Nursing Science Quarterly*, 16, 214–218.

- Milton, C. L. (2010a). Doing the right thing with families during critical life events. *Nursing Science Quarterly*, 23, 113–116.
- Milton, C. L. (2010b). Failing to do the right thing: Nurse practice and the family experience. *Nursing Science Quarterly*, 23, 206–208.
- Milton, C. L. (2011). Reading between the lines: A leading-following phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 24, 321–323.
- Milton, C. L. (2012a). Acting faithfully in community. *Nursing Science Quarterly*, 25, 25–27.
- Milton, C. L. (2012b). Teaching-learning in community: The metaphor of nurse as guest. *Nursing Science Quarterly*, 25, 137–139.
- Mitchell, G. J. (2004). An emerging framework for human becoming criticism. *Nursing Science Quarterly*, 17, 103–109.
- Mitchell, G. J., Bernardo, A., & Bournes, D. (1997). Nursing guided by Parse's theory: Patient views at Sunnybrook. *Nursing Science Quarterly*, 10, 55–56.
- Mitchell, G. J., & Bournes, D. A. (1998). *Finding the way: A video guide to patient focused care [Videotape]*. Toronto, Ontario, Canada: Sunnybrook & Women's Health Science Centre.
- Mitchell, G. J., & Bournes, D. A. (2000). Nurse as patient advocate? In search of straight thinking. *Nursing Science Quarterly*, 13, 204–209.
- Mitchell, G. J., Bournes, D. A., & Hollett, J. (2006). Human becoming-guided patient centered care: New perspectives transform nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 19, 218–224.
- Mitchell, G. J., & Cody, W. K. (1992). Nursing knowledge and human science: Ontological and epistemological considerations. *Nursing Science Quarterly*, 5, 54–61.
- Mitchell, G. J., Jonas-Simpson, C., & Ivonoffski, V. (2006). Research-based theatre: The making of I'm Still Here. *Nursing Science Quarterly*, 19, 198–206.
- Morrow, M. R. (2010). Feeling unsure: A universal lived experience. *Nursing Science Quarterly*, 23, 315–325.
- Morrow, M. R. (2012a). Fairness and justice in leading-following: Opportunities to foster integrity in the first 100 days. *Nursing Science Quarterly*, 25, 188–193.
- Morrow, M. R. (2012b). Reviews of books written by Rosemarie Rizzo Parse. *Nursing Science Quarterly*, 25, 114–118.
- Naef, R., & Bournes, D. A. (2009). The lived experience of waiting: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, 22, 141–153.
- Nelligan, P., Grinspun, D., Jonas-Simpson, C., McConnell, H., Peter, E., & Pilkington, B. (2002). Client centered care: Making the ideal real. *Hospital Quarterly*, 5(4), 70–76.
- Norris, J. R. (2002). One-to-one teleapprenticeship as a means for nurses teaching and learning Parse's theory of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, 15, 143–149.
- Northrup, D. T., & Cody, W. K. (1998). Evaluation of the human becoming theory in practice in an acute care psychiatric setting. *Nursing Science Quarterly*, 11, 23–30.
- Oaks, G., & Drummond, S. (2009). Envisioning human dignity to enhance practice while journeying with Rwandan women: Student nurses teaching-learning Parse's theory of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*, 22, 229–232.
- Parse, R. R. (1974). *Nursing fundamentals*. Flushing, NY: Medical Examination.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R. R. (1987). *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders.
- Parse, R. R. (1989). Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2, 111.
- Parse, R. R. (1990). Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*, 3, 136–140.
- Parse, R. R. (1991). Growing the discipline of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 4, 139.
- Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, 35–42.
- Parse, R. R. (1993). Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 6, 12.
- Parse, R. R. (1995). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing.
- Parse, R. R. (1996). The human becoming theory: Challenges in practice and research. *Nursing Science Quarterly*, 9, 55–60.
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parse, R. R. (1999a). *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Parse, R. R. (1999b). Nursing: The discipline and the profession. *Nursing Science Quarterly*, 12, 275.
- Parse, R. R. (2000). Into the new millennium. *Nursing Science Quarterly*, 13, 3.
- Parse, R. R. (2001a). The lived experience of contentment: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, 14, 330–338.
- Parse, R. R. (2001b). *Qualitative inquiry: The path of sciencing*. Boston: Jones & Bartlett.
- Parse, R. R. (2003). *Community: A human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Parse, R. R. (2005). The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. *Nursing Science Quarterly*, 18, 297–300.
- Parse, R. R. (2006). Feeling respected: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, 19, 51–56.
- Parse, R. R. (2008b). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*, 21, 5.
- Parse, R. R. (2008c). Is there a tipping point for congruence in nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 21, 193.
- Parse, R. R. (2008d). Nursing knowledge development: Who's to say how. *Nursing Science Quarterly*, 21, 101.
- Parse, R. R. (2008e). Truth for the moment: Personal testimony as evidence. *Nursing Science Quarterly*, 21, 45–48.
- Parse, R. R. (2009b). Knowledge development and programs of research. *Nursing Science Quarterly*, 22, 5–6.
- Parse, R. R. (2009c). Mixed methods or mixed meanings in research. *Nursing Science Quarterly*, 22, 101.
- Parse, R. R. (2011b). The humanbecoming modes of inquiry: Refinements. *Nursing Science Quarterly*, 24, 11–15.
- Parse, R. R. (2012a). *The humanbecoming school of thought* [Paper presentation]. Institute of Humanbecoming, Pittsburgh, PA.
- Parse, R. R. (2013). Living quality: A humanbecoming phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 26, 111–115.

- Parse, R. R. (2016b). Parsesciencing. *Nursing Science Quarterly*, 29(4), 271–274.
- Parse, R. R. (2018). The humanbecoming concept inventing model: A reprise and more. *Nursing Science Quarterly*, 31(2), 157–159.
- Peterson-Lund, R. (2011). The beauty of the moment: Lakota and humanbecoming perspective of time. *Nursing Science Quarterly*, 24, 386–390.
- Peterson-Lund, R. (2012). Living on the edge: Frontier voices. *Nursing Science Quarterly*, 25, 90–96.
- Phillips, J. R. (1987). A critique of Parse's man-living-health theory. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 181–204). Philadelphia: Saunders.
- Pickrell, K. D., Lee, R. E., Schumacher, L. P., & Twigg, P. (1998). Rosemarie Rizzo Parse: Human becoming. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (4th ed, pp. 463–481). St. Louis: Mosby.
- Pilkington, F. B. (1993). The lived experience of grieving the loss of an important other. *Nursing Science Quarterly*, 6, 130–139.
- Pilkington, F. B. (2008). Expanding nursing perspectives on loss and grieving. *Nursing Science Quarterly*, 21, 6–7.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Client centered care: Nursing best practice guideline*. Toronto, Ontario, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, 5, 27–34.
- Smith, S. M. (2010). Humanbecoming: Not just a way of being. *Nursing Science Quarterly*, 23, 216–219.
- Smith, S. M. (2012). The lived experience of doing the right thing: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, 25, 82–89.
- Tanaka, J., Katsuno, T., & Takahashi, T. (2012). Using Parse's humanbecoming theory in Japan. *Nursing Science Quarterly*, 25, 99–102.
- Ursel, K. L., & Aquino-Russell, C. E. (2010). Illuminating person-centered care with Parse's teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*, 23, 118–123.
- Williamson, G. J. (2000). The test of a nursing theory: A personal view. *Nursing Science Quarterly*, 13, 124–128.
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parse, R. R. (1999). *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Parse, R. R. (2001). *Qualitative inquiry: The path of sciencing*. Boston: Jones & Bartlett.
- Parse, R. R. (2003). *Community: A human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Parse, R. R., Coyne, A. B., & Smith, M. J. (1985). *Nursing research: Qualitative methods*. Bowie, MD: Brady.

Artículos de revistas

- Parse, R. R. (1967). Advantages and disadvantages of associate degree nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 6(15), 5–8.
- Parse, R. R. (1988). Beginnings. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 1–2.
- Parse, R. R. (1988). Creating traditions: The art of putting it together. *Nursing Science Quarterly*, 1(2), 45.
- Parse, R. R. (1988). Scholarly dialogue: The fire of refinement. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 141.
- Parse, R. R. (1988). The mainstream of science: Framing the issue. *Nursing Science Quarterly*, 1(3), 93.
- Parse, R. R. (1989). Essentials for practicing the art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2(3), 111.
- Parse, R. R. (1989). Making more out of less. *Nursing Science Quarterly*, 2(4), 155.
- Parse, R. R. (1989). Martha E. Rogers: A birthday celebration. *Nursing Science Quarterly*, 2(2), 55.
- Parse, R. R. (1989). Qualitative research: Publishing and funding. *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 1–2.
- Parse, R. R. (1990). A time for reflection and projection. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 143.
- Parse, R. R. (1990). Health: A personal commitment. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 136–140.
- Parse, R. R. (1990). Nursing theory-based practice: A challenge for the 90s. *Nursing Science Quarterly*, 3(2), 53.
- Parse, R. R. (1990). Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. *Nursing Science Quarterly*, 3(1), 9–17.
- Parse, R. R. (1990). Promotion and prevention: Two distinct cosmologies. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 101.
- Parse, R. R. (1991). Growing the discipline of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 4(4), 139.
- Parse, R. R. (1991). Mysteries of health and healing: Two perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 4(3), 93.
- Parse, R. R. (1991). Phenomenology and nursing. *Japanese Journal of Nursing*, 17(2), 261–269.
- Parse, R. R. (1991). The right soil, the right stuff. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 47.
- Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 35–42.
- Parse, R. R. (1992). Moving beyond the barrier reef. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 97.
- Parse, R. R. (1992). Nursing knowledge for the 21st century: An international commitment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 8–12.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Parse, R. R. (1974). *Nursing fundamentals*. Flushing, NY: Medical Examination.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R. R. (1987). *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: Saunders.
- Parse, R. R. (1995). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. New York: National League for Nursing.

- Parse, R. R. (1992). The performing art of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5(4), 147.
- Parse, R. R. (1992). The unsung shapers of nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 5(2), 47.
- Parse, R. R. (1993). Cartoons: Glimpsing paradoxical moments. *Nursing Science Quarterly*, 6(1), 1.
- Parse, R. R. (1993). Critical appraisal: Risking to challenge. *Nursing Science Quarterly*, 6(4), 163.
- Parse, R. R. (1993). Nursing and medicine: Two different disciplines. *Nursing Science Quarterly*, 6(3), 109.
- Parse, R. R. (1993). Scholarly dialogue: Theory guides research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 6(1), 12.
- Parse, R. R. (1993). The experience of laughter: A phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, 6(1), 39–43.
- Parse, R. R. (1994). Charley Potatoes or mashed potatoes. *Nursing Science Quarterly*, 7(3), 97.
- Parse, R. R. (1994). Laughing and health: A study using Parse's research method. *Nursing Science Quarterly*, 7(2), 55–64.
- Parse, R. R. (1994). Martha E. Rogers: Her voice will not be silenced. *Nursing Science Quarterly*, 7(2), 47.
- Parse, R. R. (1994). Quality of life: Sciencing and living the art of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 16–21.
- Parse, R. R. (1994). Scholarship: Three essential processes. *Nursing Science Quarterly*, 7(4), 143.
- Parse, R. R. (1995). Again: What is nursing. *Nursing Science Quarterly*, 8(4), 143.
- Parse, R. R. (1995). Building the realm of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 8(2), 51.
- Parse, R. R. (1995). Commentary: Parse's theory of human becoming: An alternative to nursing practice for pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 12(3), 128.
- Parse, R. R. (1995). Nursing theories and frameworks: The essence of advanced practice nursing. *Nursing Science Quarterly*, 8(1), 1.
- Parse, R. R. (1996). Building knowledge through qualitative research: The road less traveled. *Nursing Science Quarterly*, 9(1), 10–16.
- Parse, R. R. (1996). Critical thinking: What is it. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 138.
- Parse, R. R. (1996). Nursing theories: An original path. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 85.
- Parse, R. R. (1996). Quality of life for persons living with Alzheimer's disease: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 126–133.
- Parse, R. R. (1996). Reality: A seamless symphony of becoming. *Nursing Science Quarterly*, 9(4), 181–183.
- Parse, R. R. (1996). The human becoming theory: Challenges in practice and research. *Nursing Science Quarterly*, 9(1), 55–60.
- Parse, R. R. (1997). Concept inventing: Unitary creations. *Nursing Science Quarterly*, 10(2), 63–64.
- Parse, R. R. (1997). The human becoming theory: The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 32–38.
- Parse, R. R. (1997). Investing the legacy: Martha E. Rogers' voice will not be silenced. *Visions: The Journal of Rogerian Science*, 5(1), 7–11.
- Parse, R. R. (1997). Joy-sorrow: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, 10(2), 80–87.
- Parse, R. R. (1997). Leadership: The essentials. *Nursing Science Quarterly*, 10(3), 109.
- Parse, R. R. (1997). New beginnings in a quiet revolution. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 1.
- Parse, R. R. (1997). Transforming research and practice with the human becoming theory. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 171–174.
- Parse, R. R. (1998). The art of criticism. *Nursing Science Quarterly*, 11(2), 43.
- Parse, R. R. (1998). Moving on. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 135.
- Parse, R. R. (1998). Will nursing exist tomorrow? A reprise. *Nursing Science Quarterly*, 11(1), 1.
- Parse, R. R. (1999). Authorship: Whose responsibility. *Nursing Science Quarterly*, 12(2), 99.
- Parse, R. R. (1999). Community: An alternative view. *Nursing Science Quarterly*, 12(2), 119–124.
- Parse, R. R. (1999). Integrity and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 12(3), 187.
- Parse, R. R. (1999). Nursing science: The transformation of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1383–1387.
- Parse, R. R. (1999). Nursing: The discipline and the profession. *Nursing Science Quarterly*, 12(4), 275.
- Parse, R. R. (1999). Witnessing as true presence. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, 8(3), 1.
- Parse, R. R. (2000). Into the new millennium. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 3.
- Parse, R. R. (2000). Language: Words reflect and co-create meaning. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 187.
- Parse, R. R. (2000). Obfuscating: The persistent practice of misnaming. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 91–92.
- Parse, R. R. (2000). Paradigms: A reprise. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 275–276.
- Parse, R. R. (2001). The lived experience of contentment: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, 14, 330–338.
- Parse, R. R. (2001). Nursing: Still in the shadow of medicine. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 181.
- Parse, R. R. (2001). The universe is flat. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 93.
- Parse, R. R. (2002). 15th anniversary celebration. *Nursing Science Quarterly*, 15, 3.
- Parse, R. R. (2002). Aha! Ah! Haha! Discovery, wonder, laughter. *Nursing Science Quarterly*, 15, 273.
- Parse, R. R. (2002). Mentoring moments. *Nursing Science Quarterly*, 15, 97.
- Parse, R. R. (2002). Transforming healthcare with a unitary view of human. *Nursing Science Quarterly*, 15, 46–50.
- Parse, R. R. (2002). Words, words, words: Meanings, meanings, meanings! *Nursing Science Quarterly*, 15, 183.
- Parse, R. R. (2003). A call for dignity in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 16, 193.
- Parse, R. R. (2003). Research approaches: Likenesses and differences. *Nursing Science Quarterly*, 16, 5.

- Parse, R. R. (2003). Silos and schools of thought. *Nursing Science Quarterly*, 16, 101.
- Parse, R. R. (2003). The lived experience of feeling very tired: A study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly*, 16, 319–325.
- Parse, R. R. (2003). What constitutes nursing research. *Nursing Science Quarterly*, 16, 287.
- Parse, R. R. (2004). Another look at vigilance. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, 13(2), 1.
- Parse, R. R. (2004). A human becoming teaching-learning model. *Nursing Science Quarterly*, 17, 33–35.
- Parse, R. R. (2004). The many meanings of unitary: A plea for clarity. *Nursing Science Quarterly*, 17, 293.
- Parse, R. R. (2004). New directions. *Nursing Science Quarterly*, 17, 5.
- Parse, R. R. (2004). Person-centered care. *Nursing Science Quarterly*, 17, 193.
- Parse, R. R. (2004). Power in position. *Nursing Science Quarterly*, 17, 101.
- Parse, R. R. (2004). Quality of life: A human becoming perspective. *Japanese Journal of Nursing Research*, 37(5), 21–26.
- Parse, R. R. (2004). The ubiquitous nature of unitary: Major change in human becoming language. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, 13(1), 1.
- Parse, R. R. (2005). Attentive reverence. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, 14(2), 1.
- Parse, R. R. (2005). Challenges for global nursing. *Nursing Science Quarterly*, 18, 285.
- Parse, R. R. (2005). Choosing a doctoral program in nursing: What to consider. *Nursing Science Quarterly*, 18, 5.
- Parse, R. R. (2005). A community of scholars. *Nursing Science Quarterly*, 18, 119.
- Parse, R. R. (2005). The human becoming modes of inquiry: Emerging sciencing. *Nursing Science Quarterly*, 18, 297–300.
- Parse, R. R. (2005). The meaning of freely choosing. *Illuminations: Newsletter for the International Consortium of Parse Scholars*, 14(1), 1–2.
- Parse, R. R. (2005). Parse's criteria for evaluation of theory with a comparison of Parse and Fawcett. *Nursing Science Quarterly*, 18, 135–137.
- Parse, R. R. (2005). Scientific standards: A renewed alert. *Nursing Science Quarterly*, 18, 97.
- Parse, R. R. (2005). Symbols and meanings in academia. *Nursing Science Quarterly*, 18, 197.
- Parse, R. R. (2006). Concept inventing: Continuing clarification. *Nursing Science Quarterly*, 19, 289.
- Parse, R. R. (2006). Feeling respected: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, 19, 51–57.
- Parse, R. R. (2006). Nursing and medicine: Continuing challenges. *Nursing Science Quarterly*, 19, 5.
- Parse, R. R. (2006). Outcomes: Saying what you mean. *Nursing Science Quarterly*, 19, 189.
- Parse, R. R. (2006). Research findings evince benefits of nursing theory-guided practice. *Nursing Science Quarterly*, 19, 87.
- Parse, R. R. (2007). Building a research culture. *Nursing Science Quarterly*, 20, 197.
- Parse, R. R. (2007). Hope in “Rita Hayworth and Shawshank Redemption”: A human becoming hermeneutic study. *Nursing Science Quarterly*, 20, 148–154.
- Parse, R. R. (2007). A human becoming perspective on quality of life. *Nursing Science Quarterly*, 20, 217.
- Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20, 308.
- Parse, R. R. (2007). Twenty years of commitment to nursing's uniqueness as a discipline. *Nursing Science Quarterly*, 20, 5.
- Parse, R. R. (2008). The humanbecoming leading-following model. *Nursing Science Quarterly*, 21, 369–375.
- Parse, R. R. (2008). The humanbecoming mentoring model. *Nursing Science Quarterly*, 21, 195–198.
- Parse, R. R. (2008). Is there a tipping point for congruence in nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 21, 193.
- Parse, R. R. (2008). Nursing knowledge development: Who's to say how. *Nursing Science Quarterly*, 21, 101.
- Parse, R. R. (2008). Proliferation of degrees in nursing: A call for clarity. *Nursing Science Quarterly*, 21, 5.
- Parse, R. R. (2008). Time: The inevitable presence. *Nursing Science Quarterly*, 21, 281–282.
- Parse, R. R. (2009). Knowledge development and programs of research. *Nursing Science Quarterly*, 22, 5–6.
- Parse, R. R. (2009). Mixed methods or mixed meanings in research. *Nursing Science Quarterly*, 22, 101.
- Parse, R. R. (2009). Visionary leadership: Making a difference in healthcare through research. *Nursing Science Quarterly*, 22, 197–198.
- Parse, R. R. (2009). What a difference a word makes. *Nursing Science Quarterly*, 22, 301.
- Parse, R. R. (2009). The humanbecoming family model. *Nursing Science Quarterly*, 22, 305–309.
- Parse, R. R. (2010). Human dignity: A humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 23, 257–262.
- Parse, R. R. (2010). Imagine! *Nursing Science Quarterly*, 23, 97.
- Parse, R. R. (2010). Nursing education: Issues reminiscent of the last century. *Nursing Science Quarterly*, 23, 273.
- Parse, R. R. (2010). Respect! *Nursing Science Quarterly*, 23, 193.
- Parse, R. R. (2011). Humanbecoming leading-following: The meaning of holding up the mirror. *Nursing Science Quarterly*, 24, 169–171.
- Parse, R. R. (2011). The humanbecoming modes of inquiry: Refinements. *Nursing Science Quarterly*, 24, 11–15.
- Parse, R. R. (2011). What people want from professional nurses. *Nursing Science Quarterly*, 24, 93.
- Parse, R. R. (2012). Impact factor—one-size-fits-all: What's wrong with this picture. *Nursing Science Quarterly*, 25, 209–210.
- Parse, R. R. (2012). New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly*, 25, 44–52.
- Parse, R. R. (2012). The things we make, make us. *Nursing Science Quarterly*, 25, 125.
- Parse, R. R. (2012). The 25-year evolution of Nursing Science Quarterly: Keeping the dream alive. *Nursing Science Quarterly*, 25, 5–6.
- Parse, R. R. (2013). Living quality: A humanbecoming phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 26, 111–115.

- Parse, R. R. (2013). Move over nurses: There's a new professional on the block. *Nursing Science Quarterly*, 26, 301.
- Parse, R. R. (2013). Research as evidence: The many meanings. *Nursing Science Quarterly*, 26, 109.
- Parse, R. R. (2013). What we've got here is failure to communicate": The meaning of the term nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, 26, 5–6.
- Parse, R. R. (2013). Words: What do they really mean. *Nursing Science Quarterly*, 26, 209.
- Parse, R. R. (2014). Evidence-based practice in nursing: Here or gone with the wind of disenchantment. *Nursing Science Quarterly*, 27, 189.
- Parse, R. R. (2014). Integrity in publication. *Nursing Science Quarterly*, 27, 95.
- Parse, R. R. (2014). More on leadership: Ambiguity, integrity, wisdom. *Nursing Science Quarterly*, 27, 5.
- Parse, R. R. (2014). Research language: A call for consistency. *Nursing Science Quarterly*, 27, 273.
- Parse, R. R. (2015). Does one size fit all. *Nursing Science Quarterly*, 28, 261.
- Parse, R. R. (2015). Interdisciplinary and interprofessional: What are the differences. *Nursing Science Quarterly*, 28, 5–6.
- Parse, R. R. (2015). Nursing: A basic or applied science. *Nursing Science Quarterly*, 28, 181–182.
- Parse, R. R. (2015). Nursing science or is it the science of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 28, 101–102.
- Parse, R. R. (2016). Humanbecoming hermeneutic sciencing: Reverence, awe, betrayal, and shame in The Lives of Others. *Nursing Science Quarterly*, 29, 128–135.
- Parse, R. R. (2016). Parsesciencing: A basic science mode of inquiry. *Nursing Science Quarterly*, 29.
- Parse, R. R. (2016). Quality of life: A ubiquitous term. *Nursing Science Quarterly*, 29, 185.
- Parse, R. R. (2016). Scientific merit: Integrity in research. *Nursing Science Quarterly*, 29, 5.
- Parse, R. R. (2016). Where have all the nursing theories gone. *Nursing Science Quarterly*, 29, 101–102.
- Parse, R. R. (2017). Seeing beyond the at-hand. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 193.
- Parse, R. R. (2018). Everything old is new again. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 213–214.
- Parse, R. R. (2019). Nurses and person-centered care. *Nursing Science Quarterly*, 32(4), 265.
- Parse, R. R. (2020). How do you want to be known. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 5–6.
- Parse, R. R. (2020). Manuscripts: What's missing. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 109.
- Parse, R. R., Bournes, D. A., Barrett, E. A. M., Malinski, V. M., & Phillips, J. R (1999). A better way: 10 things health professionals can do to move toward a more personal and meaningful system. *On Call: A Magazine for Nurses and Healthcare Professionals*, 2(8), 14–17.



Helen C. Erickson
(1937-actualidad)



Evelyn M. Tomlin
(1929-actualidad)



Mary Ann P. Swain
(1941-actualidad)

Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain: modelos y modelado de roles

*Margaret E. Erickson**

«La aceptación incondicional de la persona como ser humano en el proceso de ser y llegar a ser es básica para el paradigma de los modelos y el modelado de roles. Es un requisito para facilitar el crecimiento holístico... La aceptación incondicional de la persona como ser humano que tiene una necesidad inherente de dignidad y respeto por parte de los demás, y de conexión; ese tipo de aceptación incondicional se basa en el amor incondicional.»

(Erickson, 2006, p. 343)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Helen C. Erickson

Helen C. Erickson se diplomó en el Saginaw General Hospital de Michigan en 1957; entre sus titulaciones se incluyen un grado en Enfermería en 1974, dos másteres, uno en Enfermería Psiquiátrica y otro en Enfermería Médico-Quirúrgica en 1976, y un doctorado en Psicología Educativa en 1984, todos de la University of Michigan. Erickson empezó su experiencia profesional como directora de Enfermería en el servicio de

urgencias del Midland Community Hospital, en Midland (Texas). Después, trabajó en Mount Pleasant, como supervisora del turno de noche en el Michigan State Home for the Mentally Impaired and Handicapped. En 1960 se mudó con su marido a Puerto Rico, donde llegó a ser directora de los Servicios de Salud en la Inter-American University en San German, hasta 1964. Cuando regresó a EE. UU., trabajó como enfermera en el St. Joseph's Hospital y en los University of Michigan Hospitals en Ann Arbor (Michigan). Más tarde, trabajó como consejera de Enfermería Psiquiátrica en el Pediatric Nurse Practitioner Program y en las unidades de adultos y cuidados intensivos en la University of Michigan.

La carrera académica de Erickson comenzó en la escuela de enfermería de la University of Michigan como profesora asociada en el programa de estudios superiores de enfermería; más tarde fue nombrada presidenta del programa de licenciatura y decana de los estudios de licenciatura. Erickson fue

*Autoras anteriores: Margaret E. Erickson, Jane A. Caldwell-Gwin, Lisa A. Carr, Brenda Kay Harmon, Karen Hartman, Connie Rae Jarlsberg, Judy McCormick y Kathryn W. Noone. Las autoras quieren dar las gracias a Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain por haber revisado este capítulo en ediciones previas.

profesora asociada en la University of Michigan de 1978 a 1986. En 1986 fue nombrada profesora asociada y ayudante del decano de los programas académicos; más tarde, ocupó el cargo de decana asociada de asuntos académicos en la escuela de enfermería de la University of South Carolina. En 1988, trabajó como profesora de Enfermería, Chair of Adult Health y ayudante especial del decano en los programas de licenciatura en la Escuela de Enfermería de la University of Texas en Austin. Desde 1997, Erickson fue nombrada profesora emérita en la University of Texas. Erickson ha mantenido una consulta de enfermería independiente desde 1976.

Erickson es miembro de la American Nurses Association, la American Nurses Foundation, la American Holistic Nurses Association, la Texas Nurses Association, el Sigma Theta Tau y el Institute for the Advancement of Health. Es una miembro fundadora de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (SAMRM), de la que fue presidenta de 1986 a 1990. Fue la presidenta del First National Symposium on Modeling and Role-Modeling en 1986 y forma parte de numerosos consejos organizadores de conferencias nacionales.

Erickson apareció en el *Who's Who Among University Students* y es miembro de Phi Kappa Phi. Recibió los Premios Sigma Theta Tau Rho Chapter of Excellence in Nursing en 1980 y Amoco Foundation Good Teaching en 1982, y fue aceptada en Adara (una sociedad honoraria centrada en el liderazgo femenino de la University of Michigan) en 1982. En 1990 recibió el Premio Faculty Teaching de la Escuela de Enfermería de la University of Texas y el Premio Founders de la Sigma Theta Tau International Honor Society in Nursing. Recibió el Premio Excellence in Education de la Epsilon Theta Chapter en 1993 y el Premio Graduate Faculty Teaching de la escuela de enfermería de la University of Texas en 1995. Se convirtió en miembro de la American Academy of Nursing en 1996. En 1997 se estableció en su honor el Helen Erickson Endowed Lectureship in Holistic Nursing en la University of Texas, en Austin. Recibió la mención Distinguished Faculty de la Humboldt State University en California en 2001, fue honrada con el Premio a la Enfermera Holística del Año por la American Holistic Nurses Association en 2014 y en 2016 recibió el premio Lifetime Achievement por su trabajo sobresaliente y continuo en la promoción de la enfermería holística. Más recientemente, en 2017, recibió el premio Excellence in Practice Writing de la AHNA Journal of Holistic Nursing. En 2018, recibió el premio a las antiguas alumnas distinguidas de la escuela de enfermería de la University of Michigan y el premio Leyenda Viva de la enfermería en los sistemas sanitarios de la Texas University en San Antonio.

Erickson ofrece asesoramiento sobre la investigación en la teoría de modelos y modelado de roles e imparte seminarios, conferencias y charlas sobre esta teoría a nivel nacional e internacional. También asesora y orienta sobre la aplicación de práctica de la enfermería holística basada en la teoría en el University of Michigan Medical Center, el Brigham and Women's Hospital de Boston, el Oregon Health Science University Hospital de Portland, la University Health Systems en

San Antonio (Texas) y en los hospitales de la University of Pittsburgh, así como otras instituciones. Erickson sigue asesorando y orientando a los miembros del profesorado, a los estudiantes de enfermería, a las enfermeras que trabajan en múltiples funciones y ámbitos y a los administradores de hospitales y organizaciones sanitarias sobre el uso de la teoría en los planes de estudio y en la práctica.

La escuela de enfermería de la Humboldt University de Arcata, California, fue la primera que usó la teoría del modelo y modelado de roles como marco del currículo conceptual. La Metropolitan State University de St. Paul adoptó esta teoría para sus programas de enfermería. También la St. Catherine's College de St. Paul, Minnesota, y en 2019 el departamento de enfermería Joanne Gay Dishman de la Lamar University de Beaumont, Texas, adoptaron los modelos y el modelado de roles como base teórica de sus programas de enfermería.

Erickson es un conferenciante nacional e internacional. Participó en numerosas actividades de la American Holistic Nurses' Association, actuando como experta en contenidos para planes de estudio y los exámenes de homologación. Aunque se jubiló en la University of Texas en Austin, sigue participando activamente en la promoción de la enfermería holística. Erickson fue presidenta de la junta directiva de la American Holistics Nurses' Certification Corporation (AHNCC) desde 2002 hasta 2012. En la actualidad, preside un grupo de trabajo sobre el desarrollo de planes de estudios de enfermería holística y práctica avanzada de enfermería holística, y sigue involucrada y comprometida con el trabajo de la AHNCC. Ofrece consultas, define programas formativos nacionales e internacionales, participa de forma activa en la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (H. Erickson, comunicación personal, mayo de 2020) y forma parte del consejo directivo de la Milton H. Erickson Foundation.

Evelyn M. Tomlin

La formación en enfermería de Evelyn M. Tomlin comenzó en el sur de California, en el Pasadena City College, en la escuela de enfermería del Los Angeles County General Hospital y en la University of Southern California, donde obtuvo su licenciatura en Ciencia Enfermera. Cursó un máster en Enfermería Psiquiátrica en la University of Michigan en 1976.

La experiencia profesional de Tomlin es variada. Comenzó como instructora clínica en la escuela de enfermería del Los Angeles County General Hospital, y posteriormente vivió en Kabul (Afganistán), donde enseñó inglés en el Afghan Institute of Technology. Trabajó como enfermera escolar y practicó la enfermería familiar en las comunidades americanas y europeas de expatriados a las que estaba asociada, una tarea que la obligó a participar en partos domiciliarios con una comadrona, y fue enfermera de plantilla del Hospital de la Embajada de EE. UU. Al regresar a EE. UU., trabajó para la Visiting Nurse Association (VNA) en Ann Arbor, en Michigan, donde fue coordinadora e instructora clínica de los estudiantes que hacían prácticas de enfermería. También ejerció como enfermera de cuidados coronarios, en la unidad de cuidados

intensivos respiratorios, y fue responsable de enfermería del Servicio de Urgencias en el St. Joseph's Mercy Hospital en Ann Arbor. Posteriormente, enseñó los fundamentos de la enfermería como profesora adjunta en el programa de estudios de enfermería superior de la University of Michigan y trabajó como asesora de salud mental en el programa de enfermería práctica en pediatría de la University of Michigan.

Tomlin fue una de las 16 primeras enfermeras de EE. UU. en obtener la certificación de la American Association of Critical Care Nurses. Con diversos compañeros, abrió una de las primeras oficinas para la práctica independiente de la enfermería en Michigan y continuó con su práctica independiente hasta 1993. Es miembro del Sigma Theta Tau Rho Chapter, la California Scholarship Federation y la Philomatian Society. Tomlin presentó programas basados en la teoría de modelos y modelado de roles, con el acento en la aplicación clínica. Fue editora del primer boletín de la Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (E. Tomlin, *curriculum vitae*, 1992).

En 1985, Tomlin se trasladó a Big Rock, Illinois, donde disfrutó enseñando en una pequeña comunidad y en grupos de enfermería y trabajó en un albergue comunitario para mujeres y niños de Fox Valley. Más tarde se instaló en Geneva, Illinois, localidad en la que reside con su esposo. Tomlin se define a sí misma como una mujer cristiana retirada de la enfermería como modo de ganarse la vida, pero no de la práctica de esta disciplina. Continúa interesada en la práctica de la oración sanadora, y afirma que siempre le ha atraído la interrelación entre la teoría de modelos y modelado de roles y los principios judeocristianos. En la actualidad está jubilada después de muchos años en las juntas directivas y como voluntaria en los Wayside Cross Ministries en Aurora, Illinois, donde ejercía la docencia y el asesoramiento a mujeres sin hogar, muchas de las cuales eran madres solteras.

Mary Ann P. Swain

Mary Ann P. Swain se formó en psicología. Obtuvo su licenciatura en Psicología en la DePauw University, y los títulos de máster y de doctorado, en la University of Michigan, ambos en el campo de la psicología. Swain ha impartido cursos de psicología, métodos de investigación y estadística como profesora ayudante en la DePauw University y, más tarde, como profesora de psicología e investigación enfermera en la University of Michigan. En esta universidad llegó a ser directora del programa de doctorado en Enfermería entre 1975 y 1976, presidenta del Nursing Research de 1977 a 1982, en 1983 Swain llegó a ser vicepresidenta asociada para los Academic Affairs y en 1993 ocupó la cátedra emérita en enfermería.

Swain es miembro de la American Psychological Association y miembro asociado de la Michigan Nurses Association. Ha preparado e impartido clases de psicología, investigación y métodos de investigación enfermera y ha colaborado con investigadoras enfermeras en proyectos como la promoción de la salud entre los pacientes diabéticos y formas para influir en el cumplimiento del tratamiento entre los pacientes hipertensos.

Ha trabajado con Erickson con el fin de desarrollar un modelo para valorar el potencial individual para movilizar recursos y adaptarse al estrés, que es fundamental para la teoría de los modelos y el modelado de roles.

Swain fue galardonada con los premios Alpha Lambda Delta, Psi Chi, Mortar Board y Phi Beta Kappa durante su estancia en la DePauw University. En 1981 fue reconocida por la Rho Chapter de la Sigma Theta Tau por sus contribuciones a la enfermería, y en 1983 se convirtió en miembro honorario de la Sigma Theta Tau. En 1994 se trasladó a Appalachia, Nueva York, con su marido, y allí ejerció como presidenta y vicepresidenta de asuntos académicos para la Binghamton University durante casi 20 años. También fue directora del programa doctoral (doctorado en Enfermería) en la Decker School of Nursing y presidenta del Departamento de Asuntos Estudiantiles en la Binghamton University de Nueva York, y actualmente colabora con los estudiantes de doctorado en esa universidad. Dirige sus intereses de investigación a la teoría de los modelos y el modelado de roles; al desarrollo de la salud en las diversas etapas de la vida; al autocuidado; el liderazgo y la dirección, y a las interrelaciones entre los elementos de estrés de la vida, el desarrollo sano y la enfermedad.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles se desarrollaron con un proceso retroductivo. El modelo original surgió de forma inductiva de las experiencias vitales personales y clínicas de Erickson. Los trabajos de Maslow, Erikson, Piaget, Engel, Selye y Milton H. Erickson fueron integrados y sintetizados en el modelo original para nombrar, articular y perfeccionar una teoría y un paradigma holísticos para la enfermería. **H. Erickson (1976)** argumentó que las personas tienen relaciones mente-espíritu-cuerpo y un potencial de recursos identificable que predice su capacidad para enfrentarse a los factores estresantes y al estrés resultante. También afirma que existen relaciones entre el estado de las necesidades y los procesos de desarrollo, entre la satisfacción de las necesidades y el cariño por los objetos, entre la pérdida y la enfermedad, y entre la salud y el bienestar y la satisfacción de la necesidad. Tomlin y Swain validan y afirman el modelo de la práctica de Erickson y contribuyen a ampliar y articular los fenómenos, los conceptos y las relaciones teóricas.

La teoría de las necesidades humanas de Maslow se utilizó para etiquetar y articular las observaciones personales de Erickson et al. de que «todas las personas quieren sentirse de la mejor manera posible; las necesidades básicas no satisfechas interfieren con el crecimiento holístico, mientras que las necesidades satisfechas promueven el crecimiento» (**M. Erickson, 1996a, 1996b, 2006**; Erickson et al., 2002, p. 56; **Jensen, 1995**). Erickson desarrolló aún más el modelo, afirmando que las necesidades básicas no cubiertas crean nuevas deficiencias que llevan a la iniciación o agravamiento del trastorno o de la enfermedad física o mental, mientras que la satisfacción de las

necesidades crea disposiciones internas que proporcionan recursos para controlar el estrés y promover la salud, el crecimiento y el desarrollo.

La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget proporcionó un marco para entender el desarrollo del pensamiento, y el trabajo de Erik Erikson sobre el desarrollo psicosocial a lo largo de la vida proporcionó una base teórica para entender la evolución psicosocial del individuo. Sus ocho etapas representan tareas de desarrollo. A medida que un individuo va resolviendo cada una de estas tareas, va ganando fuerzas que contribuyen a su carácter y su salud. Además, como resultado de cada etapa, la gente desarrolla un sentido de valor propio y, por tanto, una proyección de sí mismos en el futuro. «La utilidad de la teoría de Erickson es la libertad que deberíamos tomarnos para observar aspectos de los problemas de la gente como tareas incumplidas. Esta perspectiva proporciona una expectativa esperanzadora para el futuro del individuo, ya que connota algo que todavía está en progreso» (Erickson et al., 2002, pp. 62–63).

Los trabajos de Winnicott, Klein, Mahler y Bowlby sobre el apego a los objetos se integraron para desarrollar y articular el concepto de individuación afiliada (IA). La teoría de relaciones entre objetos explica que un bebé, al principio, forma un vínculo con su cuidador tras haber experimentado repetidos contactos positivos. A medida que el niño va creciendo y empieza a moverse hacia un estado más independiente, se desarrolla en él un sentido de autonomía y el niño transfiere parte de este vínculo, generalmente a un objeto inanimado, como una manta preferida o un osito de peluche. Más tarde, puede ser que el niño se sienta unido a su guante favorito de béisbol, a una muñeca o a una mascota, y posteriormente, durante su adolescencia, a objetos más abstractos, como un título universitario, el rol profesional o una relación. Erickson se basó en estos trabajos y propuso una relación teórica entre el apego a los objetos y la satisfacción de las necesidades; teorizó acerca de que cuando un objeto satisface repetidamente las necesidades básicas de un individuo tiene lugar un apego o conexión especial con ese objeto. A partir de la síntesis de estos vínculos teóricos y de los hallazgos de la investigación, se identificó un nuevo concepto de IA que se definió como la «necesidad de depender de los sistemas de apoyo y, al mismo tiempo, mantener la independencia respecto a estos sistemas de apoyo» (Erickson et al., 1983, p. 252), es decir, que todas las personas tienen una necesidad inherente de estar conectadas con las personas que les importan, al mismo tiempo que existe un sentido de separación e individuación respecto de ellas (H. Erickson, 2006, 2010; M. Erickson, 1996b; Erickson et al., 2006, 1983).

Desde el nacimiento hasta el último aliento de una persona, la IA y el apego a los objetos son esenciales para la satisfacción de las necesidades, el afrontamiento adaptativo y el crecimiento y el desarrollo sanos. Además, «la pérdida del objeto provoca déficits en las necesidades básicas» (Erickson et al., 2002, p. 88). La pérdida es real, ya sea una amenaza o una percepción; puede ser una parte normal del proceso de

desarrollo o puede ser situacional. La pérdida siempre da lugar a un duelo; el duelo normal se supera en el espacio aproximado de 1 año. Cuando se produce la pérdida y lo único disponible para cubrir las necesidades son objetos inadecuados o inapropiados, tiene lugar un duelo patológico. El duelo patológico interfiere en la capacidad del individuo para crecer y desarrollarse hasta su máximo potencial (M. Erickson, 2006; Erickson et al., 2002). El trabajo de Selye y Engel, citado por Erickson et al. (1983), proporcionó un apoyo conceptual adicional a las propuestas relativas a la pérdida y a las respuestas de estrés de un individuo ante la pérdida o pérdidas. La teoría de Selye trata de las respuestas biofísicas del individuo al estrés, mientras que la obra de Engel explora las respuestas psicosociales de los factores estresantes.

La integración y la síntesis de estas teorías, con las observaciones clínicas y las experiencias vividas de Erickson, dieron como resultado la concepción del modelo de valoración del potencial de adaptación. El modelo de valoración del potencial de adaptación se centra en la capacidad de un individuo para movilizar recursos (tanto internos como externos) cuando se enfrenta a factores estresantes, y en su capacidad para adaptarse a ellos. Este modelo fue desarrollado por primera vez por Erickson (1976) y posteriormente fue descrito en la publicación de Erickson y Swain (1982).

Erickson atribuye a Milton H. Erickson la influencia en su práctica clínica y la inspiración y dirección para el desarrollo de esta teoría. Durante una conversación inicial sobre una interacción enfermera-cliente complicada, le pidió a H. Erickson que «modelara el mundo del cliente, lo entendiera a su manera, y que modelara también el rol de la imagen que había dibujado el cliente, construyendo un mundo saludable para ellos» (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Varios estudios proporcionaron pruebas iniciales de las premisas filosóficas y los vínculos teóricos implícitos en el libro original de Erickson et al. (1983) y posteriormente identificados por Erickson (1990b). Utilizando la teoría de modelos y modelado de roles como guía, se realizaron entrevistas para determinar el modelo del mundo del cliente (SCK) y surgieron siete temas (Erickson, 1990a): a) causa del problema, que era exclusiva de cada individuo; b) factores relacionados, también exclusivos de cada individuo; c) expectativas de cara al futuro; d) tipos de control percibido; e) afiliación; f) falta de afiliación, y g) confianza en el cuidador. El modelo de cada cliente era exclusivo y garantizaba intervenciones individualizadas.

El modelo de valoración del potencial de adaptación (figs. 25.1 y 25.2) se ha comprobado como modelo de clasificación (Barnfather, 1987; Erickson, 1976) y: 1) como predictor del estado de salud (Barnfather, 1990b); 2) de la duración de la estancia hospitalaria (Erickson y Swain, 1982), y 3) para evaluar el estado de las necesidades básicas (Barnfather, 1993).



Fig. 25.1 Modelo de valoración del potencial de adaptación. (Tomado de Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. [1983]. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

Los hallazgos ofrecieron datos iniciales para los tres estados propuestos para las poblaciones, una relación entre la salud y la capacidad de movilizar recursos y entre la capacidad de movilizar recursos y el estado de las necesidades.

Frohman et al. (2017) exploraron las percepciones del tutor de enfermería en la materialización de un programa de rehabilitación cardíaca domiciliar para apoyar a los pacientes que viven en áreas rurales. Sus hallazgos apoyaron muchos de los principales constructos y principios que constituyen los fundamentos de la teoría de modelos y modelado de roles. Otros investigadores exploraron las relaciones entre la capacidad de los individuos para hacer frente a los factores estresantes, la promoción de la salud y la curación (Kumpula, 2011; Landis, 1991; Larsson y Nystrom, 2019; Liang, 2008; Mose, 2008; Robinson et al., 2019; Sappington y Kelly, 1996). Posteriormente, Benson (2003, 2006, 2011) estudió el modelo de evaluación del potencial de adaptación aplicado a grupos pequeños, y Tate (2019) utilizó el modelo de valoración del potencial de adaptación para facilitar la comprensión del estrés personal, las estrategias de afrontamiento y la movilización de recursos en estudiantes de grado de enfermería acelerado.

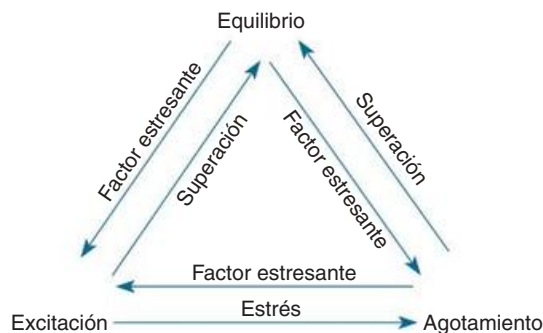


Fig. 25.2 Relación dinámica entre los estados del modelo de valoración del potencial de adaptación. (Tomado de Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. [1983]. *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

El autocuidado como constructo, que incluye el conocimiento del autocuidado, los recursos de autocuidado y las acciones de autocuidado, fue definido por primera vez por Erickson (Erickson et al., 1983). El constructo del conocimiento del autocuidado, estudiado por primera vez por Erickson (1990c), fue replicado y asociado significativamente con el control percibido, la autonomía percibida (Hertz y Anschutz, 2002; Matsui y Capezuti, 2008) y la calidad de vida (Baas et al., 1997; Goldstein, 2013). Cuando se empezó a utilizar una escala multidimensional para explorar las relaciones entre el conocimiento del autocuidado, los recursos y las acciones, se observaron unas relaciones positivas con la autodirección, la necesidad de armonía (afiliación) y la necesidad de autonomía (individuación). La autora concluyó que una actitud positiva era un factor importante cuando se evaluaban las acciones de autocuidado dirigidas a la salud (Rosenow, 1991). La actividad física en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio se vio afectada por la satisfacción vital (no por el estado físico); la satisfacción vital se predijo por la disponibilidad de recursos de autocuidado y los recursos necesarios, y los recursos necesarios sirvieron como supresores de los recursos disponibles (Baas, 1992). Bray (2005) encontró en una población de adolescentes que la satisfacción de las necesidades estaba asociada con el desarrollo de recursos internos de autocuidado y la capacidad de hacer frente de forma adaptativa a los factores estresantes relacionados con los retos de salud cognitivos y psicológicos. Las relaciones entre el conocimiento, los recursos y las actividades de autocuidado también se demostraron en varios estudios (Acton, 1993; Baas, 1992; Bariyyah, 2018; Goldstein, 2013; Irvin, 1993; Jensen, 1995; Miller, 1994). En una muestra de cuidadores, los recursos de autocuidado (apoyo social) predijeron el nivel de estrés y la autoestima tuvo un efecto indirecto en la esperanza a través de la autoestima (Irvin, 1993; Irvin y Acton, 1997). Los hallazgos de Koren (2017) apoyaron una relación positiva entre el conocimiento de autocuidado, los recursos de autocuidado y las acciones de autocuidado y la orientación de los estudiantes de enfermería en el aprendizaje y la práctica de la atención consciente.

Otros estudios de investigación cualitativos sobre el conocimiento del autocuidado revelaron que los pacientes gravemente enfermos percibían como reconfortantes la vigilancia, el cuidado, la presencia, el tacto y los tonos de voz (Kennedy, 1991), que los adultos sanos buscaban la satisfacción de sus necesidades por parte de la enfermera en atención primaria (Boodley, 1986, 1990) y que los pacientes de cuidados paliativos se beneficiaban de la empatía de la enfermera (Raudonis, 1991). Otros estudios abordaron la experiencia de las personas de 85 años o más en la gestión de su salud (Beltz, 1999), las percepciones de la esperanza en niños (Baldwin, 1996), las percepciones de la imagen corporal en personas con cáncer colorrectal (Khalilabad et al, 2020), las experiencias y percepciones de las madres que utilizan los servicios sanitarios infantiles en Sudáfrica (Jonker, 2012), la experiencia vivida de las madres trabajadoras (Weber, 1995, 1999), el significado y los

efectos del sufrimiento en personas con artritis reumatoide (Dildy, 1992), la relación entre las experiencias de sufrimiento familiar prolongado y la evolución de la identidad espiritual (Clayton, 2001), la calidad de vida de personas de edad avanzada con incontinencia urinaria (Liang, 2008), los desafíos de la práctica cuando se atiende a pacientes con obesidad mórbida (Pokorny et al., 2009), las necesidades insatisfechas de los pacientes con esquizofrenia (Perese y Wu, 2010), la promoción de unos resultados de salud óptimos entre los hijos de padres encarcelados (Falk, 2013, 2014), la experiencia de la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama (Ottoosson y Hansson, 2017) y las relaciones entre el ser humano y el entorno cuando se cura de una enfermedad episódica (Bowman, 1998). Los métodos de casos clínicos han demostrado las relaciones entre las necesidades, el apego y las necesidades residuales del desarrollo (Kinney, 1990; Kinney y Erickson, 1990) y el afrontamiento (Jensen, 1995), y los desafíos en el tratamiento de los trastornos facios (Hagglund, 2009).

Los estudios revelaron relaciones entre la desconfianza y la duración de la estancia hospitalaria de las personas, la habilitación percibida de autonomía, autocuidados y salud integral en los adultos de edad avanzada (Anschutz, 2000; Hertz y Anschutz, 2002; Hertz et al., 2005), la habilitación percibida de autonomía y recursos de autocuidados entre usuarios de los centros para mayores (Matsui y Capezuti, 2008), la habilitación percibida de autonomía, autocuidados, apoyo, control y bienestar en adultos de edad avanzada (Chen, 1996), la habilitación percibida de autonomía y los factores sociodemográficos relacionados entre adultos de edad avanzada (Hwang y Lin, 2004), la pérdida, el duelo patológico y el inicio de los síntomas de enfermedad de Alzheimer (Erickson et al., 1994; Irvin y Acton, 1996), IA y conocimientos de autocuidados en adultos en tratamiento crónico con warfarina (Goldstein, 2013) y satisfacción de las necesidades básicas y las conductas de autocuidados que promueven la salud en adultos (Acton y Malathum, 2000; Clearly y Crafti, 2007).

Otros estudios abordaron los vínculos entre las intervenciones modeladas por roles y los resultados (Erickson et al., 1994; Irvin, 1993; Jensen, 1995; Kennedy, 1991; Lamb, 2005; Sung y Yu, 2006). Los estudiantes universitarios que percibían la satisfacción de sus necesidades tenían más éxito en la escuela (Smith, 1980), los ancianos que se sentían apoyados refirieron una mayor satisfacción de sus necesidades y eran más capaces de afrontar los problemas (Keck, 1989), las madres adolescentes que se sentían apoyadas y percibían la satisfacción de sus necesidades mostraron un apego materno-filial más positivo (M. Erickson, 2006; Erickson, 1996a, 1996b) y las personas condenadas por delitos sexuales a las que se les proporcionó apoyo para remodelar sus vidas fueron capaces de desarrollar nuevas conductas y seguir adelante (Scheela, 1991).

«Los hallazgos de otros investigadores apoyaron una relación positiva entre el desgaste profesional, la cobertura de las necesidades relacionadas con la satisfacción laboral

y la intención de abandonar la enfermería (McCreath, 2020) y entre la satisfacción de las necesidades y la retención de las enfermeras (Morton, 2018). Sharifi, Safabakhsh y Khojasteh (2019) examinaron la satisfacción de las necesidades fisiológicas básicas, de apoyo social y de afiliación y apego en ancianos iraníes, y observaron que sus necesidades fisiológicas y de apego estaban mejor satisfechas que sus necesidades de apoyo. Las familias y los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio y que participaron en la planificación de sus propios cuidados mediante la contratación mostraron menos ansiedad y una mayor percepción de control y apoyo (Holl, 1992). Los cuidadores de los adultos con demencia que tenían contacto con la enfermería basada en la teoría del modelo y el modelado de roles percibieron que se cubrían sus necesidades, que estaban más sanos y que se mostraban valientes, lo que les ayudó a aceptar la situación y trascender la experiencia del cuidado.»

(Hopkins, 1995)

Los estudios también se han utilizado para explorar la habilitación percibida de autonomía y la satisfacción con la vida en ancianos (Anschutz, 2000), el conocimiento del autocuidado en los informantes de los hospitales (Erickson, 1985), el crecimiento y el desarrollo en adultos con insuficiencia cardíaca (Baas et al., 1999), la capacidad de movilizar los recursos de afrontamiento y las necesidades básicas (Barnfather, 1990a), la relación entre la satisfacción de las necesidades básicas y la comida motivada por causas emocionales (Clearly y Crafti, 2007; Timmerman y Acton, 2001), las relaciones entre la hostilidad, la autoestima, el autoconcepto y el residuo psicosocial en personas con coronariopatías (Sofhauser, 2003) y la hostilidad entre las enfermeras en el entorno laboral (Sofhauser, 2015).

Los investigadores han explorado la relación entre el bienestar espiritual y la insuficiencia cardíaca (Beery et al., 2002), la espiritualidad en los cuidadores de familiares con demencia (Acton y Miller, 1996), la implementación de un programa de autoempoderamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu para adolescentes (Nash, 2007a, 2007b) y la espiritualidad en mujeres con cáncer de mama (Kinney et al., 2003).

Baas (2004) estudió los recursos de autocuidados y la calidad de vida en pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio y los recursos de autocuidado y el bienestar en clientes con trastornos cardíacos (Baas, 2011). Junto con sus colaboradores, examinó los aspectos psicosociales del tratamiento de la insuficiencia cardíaca (Baas y Conway, 2004), exploró la conciencia del cuerpo en pacientes con insuficiencia cardíaca o trasplantados (Baas et al., 2004) y describió la adaptación de los pacientes a los dispositivos cardíacos (Beery et al., 2007).

Tanninen (2015) exploró la eficacia de los participantes en la identificación de sus necesidades (conocimientos de autocuidado) y el impacto de la satisfacción de esas necesidades (recursos de autocuidado) para mejorar la atención de enfermería en un hogar para familias con niños pequeños. Se

observó una relación positiva entre el papel de la esperanza como recurso de autocuidado y las conductas de autocuidado (Van Kuiken, 2008).

Muchos investigadores han utilizado la teoría de modelos y modelado de roles para proporcionar una base teórica para sus estudios (Bruhjell, 2017; Campbell, 2016; Greene, 2017; Gregg et al., 2020; Harris, 2017; Hogan, 2019; James, 2018; Khalilabad et al., 2020; Larsson y Nystrom, 2019; Maki, 2019; McCreath, 2020; McGuire, 2009; Miller, 2018; Mutiso, 2015; Nordlund y Sundburg, 2017; Rathee y Hall, 2018; Rhodes, 2019; Roesler, 2020; Sheehan, 2018; Utami et al., 2017; Wheatley, 2017).

Las herramientas que se han desarrollado para probar la teoría del modelado y del rol incluyen el Basic Needs Satisfaction Inventory (Kline, 1988), el Erikson Psychosocial Stage Inventory modificado (Darling-Fisher, 2019; Darling-Fisher y Leidy, 1988), la herramienta Perceived Enactment of Autonomy diseñada para medir los requisitos de las acciones de

autocuidado en los ancianos (Hertz, 1999; Hertz y Anschutz, 2002), el Self-Care Resource Inventory (Baas, 1992, 2011), una escala de adaptación diseñada para medir el autoinforme con dispositivos implantados en pacientes cardíopatas (Beery et al., 2005), el Robinson Self-Appraisal Inventory para medir la negación (la primera etapa del proceso de duelo) en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (Robinson, 1994), la Maternal Bonding-Attachment Tool de Erickson, diseñada para medir el conocimiento del autocuidado como estilo de motivación (deficiencia o motivación) y el recurso de autocuidado (satisfacción de las necesidades maternas) (Erickson, 1996b), la Family Experience with Eating Disorders Scale (FEEDS) para medir los conocimientos sobre autocuidado en relación con las percepciones de los padres sobre el entorno familiar y la dinámica familiar específica de los trastornos alimentarios (Folse, 2007) y la Hopkins Clinical Assessment del modelo de valoración del potencial de adaptación (Hopkins, 1995).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Modelos

La acción de los **modelos** es el proceso que utiliza la enfermera cuando desarrolla una imagen y una comprensión del mundo del cliente, una imagen y una comprensión desarrolladas dentro del marco del paciente y desde la perspectiva del cliente. El arte de los modelos es la creación de la imagen de una situación en un espejo desde la perspectiva del cliente. «La ciencia de los modelos es un anexo científico y el análisis de los datos recogidos sobre el modelo del cliente» (Erickson et al., 2002, p. 95). «Los modelos se dan cuando la enfermera acepta y comprende a su cliente» (Erickson et al., 2002, p. 96).

Modelado de roles

El arte del **modelado de roles** se produce cuando la enfermera planifica y pone en práctica intervenciones exclusivas para el cliente. «El modelado de roles es la esencia de la atención. Requiere una aceptación incondicional de la persona tal y como es, a la vez que fomenta y facilita suavemente el crecimiento y el desarrollo al propio ritmo de la persona y dentro de su propio modelo» (Erickson et al., 2002, p. 95). «El modelado de roles comienza en el momento en que la enfermera pasa de la fase de análisis del proceso de enfermería a la planificación de las intervenciones de enfermería» (Erickson et al., 2002, p. 95).

Enfermería

«La **enfermería** es la ayuda integral a las personas en las actividades de autocuidado en relación con su salud. Este es un proceso interactivo e interpersonal que nutre las fuerzas del cliente para permitir el desarrollo, la liberación y la canalización de recursos para afrontar las circunstancias y el entorno. El objetivo es alcanzar un estado óptimo de salud y satisfacción percibidas» (Erickson et al., 2002, p. 49).

Atención

«La **atención** fusiona e integra los procesos cognitivos, fisiológicos y afectivos, con el objetivo de ayudar al cliente a avanzar hacia una salud holística. La atención implica que la enfermera busca conocer y comprender el modelo personal del cliente sobre su mundo y apreciar su valor e importancia para ese cliente desde su perspectiva» (Erickson et al., 2002, p. 48).

Aceptación incondicional

«Ser aceptado como un individuo único, valioso e importante, sin condiciones, es imprescindible para orientar al individuo en el desarrollo de su propio potencial. El uso de la empatía por parte de la enfermera ayuda a que el individuo sea consciente de que la enfermera lo acepta y lo respeta tal como es. La aceptación facilitará la movilización de los recursos necesarios a medida que este individuo se esfuerza por alcanzar el equilibrio adaptativo» (Erickson et al., 2002, p. 49).

Persona

Las personas se parecen porque son seres holísticos, que crecen y se desarrollan a lo largo de la vida, y que tienen una necesidad de IA. Son diferentes porque tienen unos rasgos, una adaptación y unos conocimientos de autocuidados intrínsecos (Erickson et al., 1983).

En qué se parecen las personas

Holismo

«Los seres humanos son personas holísticas que tienen múltiples subsistemas que interactúan. Las bases inherentes alcanzan todos los subsistemas. Estas bases incluyen una construcción genética y un elemento espiritual. El cuerpo, la mente, la emoción y el espíritu son una unidad total y trabajan conjuntamente. Se afectan y se controlan unos a otros de forma interactiva. La interacción entre los múltiples

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

subsistemas y las bases inherentes crea el **holismo**: el holismo implica que el todo es mayor que la suma de las partes» (Erickson et al., 2002, pp. 44-45).

Necesidades básicas

«Todos los seres humanos tienen necesidades básicas que pueden ser satisfechas, pero solo desde el marco del individuo» (Erickson et al., 2002, p. 58). «Las necesidades básicas solo se satisfacen cuando el individuo percibe que están cubiertas» (Erickson et al., 2002, p. 57).

Desarrollo a lo largo de la vida

El **desarrollo a lo largo de la vida** evoluciona a través de etapas psicológicas y cognitivas.

Etapas psicológicas

«Cada etapa representa una tarea de desarrollo o un encuentro decisivo que da lugar a un punto de inflexión, un momento de decisión entre actitudes básicas alternativas (p. ej., confianza frente a desconfianza o autonomía frente a vergüenza y duda). A medida que un individuo maduro negocia o resuelve cada crisis o tarea específica de su edad, el individuo adquiere fortalezas y actitudes duraderas que contribuyen al carácter y la salud de la personalidad del individuo en su cultura» (Erickson et al., 2002, p. 61).

Etapas cognitivas

«Hay que tener en cuenta cómo se desarrolla el pensamiento en lugar de lo que ocurre en el desarrollo psicosocial o afectivo. Piaget creía que el aprendizaje cognitivo se desarrolla de forma secuencial y en etapas. Identificó cuatro etapas distintas en este proceso: sensitivomotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales» (Erickson et al., 2002, pp. 63-64).

Individuación afiliada

«Los individuos tienen una necesidad instintiva de IA. Necesitan ser capaces de ser dependientes de los sistemas de apoyo a la vez que, simultáneamente, mantienen una cierta independencia de ellos. Necesitan experimentar un profundo sentido de los estados del "yo" y del "nosotros" y percibir la libertad y la aceptación en ambos estados» (Erickson et al., 2002, p. 47).

En qué se distinguen las personas

Cualidades inherentes

«Cada individuo nace con un conjunto de genes que, en cierta medida, predetermina el aspecto, el crecimiento, el desarrollo y las respuestas a los acontecimientos de la vida. Claramente, tanto el factor genético como las características heredadas influyen en el crecimiento y el desarrollo. Pueden influir en la manera en que uno se percibe a sí mismo y a su propio mundo. Hacen que los individuos sean diferentes

unos de otros, cada uno único a su manera» (Erickson et al., 2002, pp. 74-75).

Adaptación

La **adaptación** se produce cuando el individuo responde a los factores estresantes externos e internos de una manera dirigida a la salud y al crecimiento. La adaptación implica movilizar los recursos de superación internos y externos. Ningún subsistema está en peligro cuando se produce la adaptación (Erickson et al., 2002).

La capacidad del individuo para movilizar recursos se representa mediante el modelo de valoración del potencial de adaptación (MVPA). «El MVPA identifica tres estados potenciales de superación: 1) inicio o excitación; 2) equilibrio (de adaptación e inadaptación), y 3) agotamiento. Cada uno de estos estados representa un potencial diferente para que el individuo movilice los recursos de autocuidado. El movimiento entre los estados está influido por la capacidad de cada uno para hacer frente [a los factores estresantes continuos] y por la presencia de nuevos factores estresantes» (Erickson et al., 2002, pp. 80-81).

Las enfermeras pueden utilizar este modelo para predecir el potencial de un individuo para movilizar los recursos de autocuidado en respuesta al estrés.

Relaciones cuerpo-mente-emoción-espíritu

«Todos somos seres biofísicos y psicosociales que queremos desarrollar nuestro potencial, es decir, ser lo mejor que podamos» (Erickson et al., 2002, p. 70). El impulso espiritual de las personas permea todos los subsistemas.

Autocuidado

El **autocuidado** implica el uso de conocimientos, recursos y acciones.

Conocimiento de autocuidado

«Hasta cierto punto, una persona sabe lo que le ha hecho enfermar, disminuir su eficacia o interferir en su crecimiento. La persona también sabe lo que le hará estar mejor, optimizará su eficacia o realización (dadas las circunstancias) o promoverá su crecimiento» (Erickson et al., 2002, p. 48).

Recursos de autocuidado

Los recursos de autocuidado son «los recursos internos, así como los recursos adicionales, movilizados a través de la acción de autocuidado que ayudan a obtener, mantener y promover un nivel óptimo de salud holística» (Erickson et al., 2002, pp. 254-255).

Acción de autocuidado

La acción de autocuidado es «el desarrollo y la utilización del conocimiento y los recursos de autocuidado» (Erickson et al., 2002, p. 254).

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

«La enfermera es una facilitadora, no una ejecutora. Nuestra relación enfermera-cliente es un proceso interactivo e interpersonal que ayuda a que el individuo identifique, movilice y desarrolle sus propias fuerzas para conseguir un estado de salud y bienestar percibido óptimos» (H. Erickson, comunicación personal, 2004). Rogers (1996) definió esta relación como de facilitación-afiliación. Los cinco objetivos de las intervenciones de enfermería son crear confianza, afirmar y promover los puntos fuertes del cliente, promover la orientación positiva, facilitar el control percibido y establecer objetivos mutuos orientados a la salud (Erickson et al., 2002).

Persona

En esta teoría se diferencia entre pacientes y clientes. Se ofrece tratamiento e instrucciones a un paciente; un cliente participa en su propio cuidado. «Nuestro objetivo es que las enfermeras trabajen con los clientes» (Erickson et al., 2002, p. 21). «Un cliente es aquel que se considera un miembro legítimo del equipo de toma de decisiones, que siempre tiene cierto control sobre el régimen planificado y que participa en la planificación e implementación de sus propios cuidados en la medida de lo posible» (Erickson et al., 1990, p. 20; 2002, p. 253). Alineada con esta premisa se encuentra la creencia de que el cliente siempre es la principal fuente de datos.

Salud

«La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia. Connota un estado de equilibrio dinámico entre los diversos subsistemas [de una persona holística]» (Erickson et al., 2002, p. 46) y «se ve afectado por el impulso espiritual del individuo, que tiene más influencia en el estado total de bienestar de la persona que cualquiera de los subsistemas» (Erickson, 2006, p. 480).

Entorno

«El entorno no se identifica en la teoría como una entidad propia. Los teóricos ven el entorno en los subsistemas sociales como la interacción entre uno mismo y los demás, tanto en lo cultural como en lo individual. Los factores estresantes biofísicos se consideran como parte de este entorno» (H. Erickson, comunicación personal, marzo de 1988).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los fundamentos teóricos de la teoría de modelos y modelado de roles se basan en los vínculos entre la realización de las tareas de desarrollo y la satisfacción de las necesidades básicas; entre la satisfacción de las necesidades básicas, el apego y la pérdida de objetos y las tareas de desarrollo; y entre la capacidad de movilizar recursos de afrontamiento y la satisfacción de las necesidades. Tres fundamentos teóricos genéricos constituyen los siguientes vínculos teóricos implícitos en la teoría:

1. «El grado de resolución de las tareas de desarrollo depende del grado de satisfacción de las necesidades humanas» (Erickson et al., 2002, p. 87).
2. «El grado de satisfacción de las necesidades mediante el apego a un objeto depende de la disponibilidad de esos objetos y del grado en que proporcionan comodidad y seguridad en contraposición a la amenaza y la ansiedad» (Erickson et al., 1983, p. 90).
3. «El potencial de un individuo para movilizar recursos (el estado de afrontamiento de la persona según el modelo de valoración del potencial adaptativo) está directamente asociado con el nivel de satisfacción de las necesidades de la persona» (Erickson et al., 2002, p. 91).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría de modelos y modelado de roles se formuló utilizando el pensamiento retroductivo. Las autoras de la teoría recorrieron cuatro niveles en su desarrollo y después pasaron cíclicamente de razonamiento inductivo a deductivo (H. Erickson, comunicación personal, marzo de 1988). Erickson identificó los conceptos y relaciones teóricos para etiquetarlos y definir sus observaciones basadas en la práctica. Estas observaciones fueron verificadas a continuación en el contexto de las bases teóricas identificadas. La integración y la síntesis de los conceptos y los vínculos teóricos con las observaciones clínicas dieron como resultado el desarrollo de una «nueva teoría multidimensional y un nuevo paradigma para la enfermería: los modelos y el modelado de roles» (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984). Los modelos y el modelado de roles pueden considerarse como una teoría y un paradigma según Merton (1968), quien dijo que los paradigmas «proporcionan una disposición compacta de conceptos centrales y sus interrelaciones que se utilizan para la descripción y el análisis» (p. 70).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

Los libros *Modeling and role-modeling: A Theory and Paradigm for Nursing* (Erickson et al., 2002), *Modeling and role-modeling: A View from the client's world* (Erickson, 2006) y *Exploring the interface between the philosophy and discipline of holistic nursing: Modeling and role-modeling at work* (Erickson, 2010), varios capítulos de textos sobre teoría de la enfermería y estudios de investigación publicados han expuesto a innumerables enfermeras en ejercicio a esta teoría. Sobre la base de la capacidad de aplicación y el interés del empleo de esta teoría como guía de la práctica de una enfermería holística, la teoría de los modelos y el modelado de roles se ha puesto en marcha en numerosos hospitales de EE. UU.

Helen Erickson ha dado conferencias a nivel nacional e internacional, y ha celebrado consultas individuales con

enfermeras de diversos ámbitos de la práctica y la formación. Los profesionales de enfermería que trabajan en salud en adultos; manejo de casos; salud comunitaria; cuidados intensivos o críticos; salud de lactantes, adolescentes y familias; gerontología; salud mental; salas de urgencias y residencias utilizan esta teoría. La belleza de esta teoría es que se puede aplicar en cualquier entorno y con cualquier población a lo largo de toda la vida. Erickson ha afirmado que lo que parecía ser una idea revolucionaria en 1972 (cuando el cliente se manifestaba como el jefe del equipo del cuidado de salud) ha ganado una gran aceptación últimamente, como en la noción de que las enfermeras pueden practicar la enfermería de forma independiente (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1984), y ahora se comprende mejor y coincide con la tendencia actual de los cuidados centrados en el paciente y basados en las relaciones (Erickson, comunicaciones personales, enero de 2020).

El University Health System de San Antonio (UHSSA), en Texas, es uno de los muchos hospitales que adoptaron la teoría de modelos y modelado de roles para su modelo de práctica en 2012. Este sistema incluye el hospital, así como más de 48 centros de urgencias, ambulatorios, clínicas, centros quirúrgicos y centros médicos. La implementación del modelo de práctica profesional en el UHSSA, así como casos prácticos en múltiples ámbitos, se presentó en 2016 en la conferencia nacional de la SAMRM. Enfermeras del centro médico de la University of Pittsburgh, el hospital infantil de la University of Wisconsin en Madison, el centro médico de la University of Tennessee en Knoxville, el Oregon Health Sciences University Hospital, el centro de salud regional de Salina y otros hospitales y organismos estatales de EE. UU. también han utilizado la teoría de modelos y modelado de roles como la base de su práctica profesional, así como para el desarrollo del personal (Alligood, 2011; Arruda, 2010; Bales, 2010; Campbell, 2016; Diehl, 2016; Haylock, 2008, 2010; Hodge et al., 2014; Knapp, 2013; Knox-Woodward, 2014; Koren y Pappadimitriou, 2013; Raudonis y Acton, 1997; Shams et al., 2014; Sofhauser, 2015; Veo, 2010).

Formación

La teoría de modelos y modelado de roles se ha introducido en el plan de estudios de los programas de enfermería de todo el país. Los profesores han establecido contactos, y lo siguen haciendo, con Erickson en relación con la utilización de la teoría en sus planes de estudios y para cursos específicos. La Metropolitan State University de St. Paul, Minnesota, seleccionó los modelos y modelado de roles como marco conceptual para sus programas de estudios, y los estudiantes reciben formación en práctica basada en la teoría a lo largo del programa. Otros programas utilizan la teoría de los modelos y el modelado de roles como base para los planes de estudios, entre los que se incluyen, sin limitarse a ellos: St. Catherine's University en St. Paul, Minnesota; el programa de enfermería Alternate Entry Master's de la University of Texas en Austin; la University of Texas en Brownsville; la Lamar University, Departamento de Enfermería Joanne Gay Dishman en

Beaumont, Texas en 2019; la State University of New York en Búfalo; la University of Tennessee en Knoxville; la Capital University en Columbus, Ohio; la Universidad Estatal de Ceara en Fortaleza-CE, Brasil, y el Colegio de Enfermería y Tecnología Médica Foo Yin en Taiwán. La teoría también se ha utilizado en entornos académicos para facilitar el aprendizaje por parte de los estudiantes (Ackerman-Barger, 2010; Aghebati et al., 2015; Coelho et al., 2014; Faye, 2011; Frohmader et al., 2017; Gregg y Twibell, 2016; Guntalib, 2015; Leigh et al., 2017; Levine y Perpetua, 2006; Pipkins et al., 2020; McElligott, 2010; Merryfeather, 2015; Perese, 2002; Robinson et al., 2019; Schultz, 1998).

Investigación

Las enfermeras de todo el mundo utilizan los modelos y el modelado de roles como marco teórico para sus investigaciones. Los hallazgos de los estudios de investigación siguen apoyando y validando la construcción de conocimientos de autocuidados y la importancia del apoyo y el control, así como otros vínculos teóricos. El estudio inicial de Erickson (1976) aportó pruebas de que los factores psicosociales están significativamente relacionados con la salud física. Un estudio de seguimiento realizado en 1988 por Erickson et al. apoyó estos hallazgos, y las investigaciones posteriores han proporcionado una ampliación y enriquecimiento de los conceptos teóricos principales. Tal como se ha descrito anteriormente en este capítulo, el apoyo percibido, el control percibido, la esperanza de cara al futuro, la satisfacción con la vida diaria, la satisfacción de las necesidades, la autonomía percibida, la IA, el conocimiento de autocuidados, las acciones de autocuidados y los recursos de autocuidados son algunos de los conceptos clave que han recibido el apoyo y la convalidación de la investigación. Estudiantes de doctorado y de máster de la escuela de enfermería de la University of Michigan, la University of Texas, en Austin, y otras universidades nacionales e internacionales han realizado investigaciones basadas en la teoría. Campbell et al. (1985) llevaron a cabo una investigación en el centro médico de la University of Michigan en la que plantearon la hipótesis de que la duración de la estancia hospitalaria estaba correlacionada con las etapas de desarrollo. Utilizaron un instrumento de valoración enfermera adaptado del modelo de valoración empleado para medir el desarrollo psicosocial de un paciente y para relacionar el estado de desarrollo con la duración de la hospitalización y con el número de problemas de salud identificados durante la hospitalización. Los resultados indican que el equilibrio entre confianza-desconfianza lleva a un porcentaje más elevado de la variación en la duración de la hospitalización.

Erickson, investigadora principal del estudio sobre modelos y modelado de roles en pacientes con Alzheimer, recibió financiación del National Center for Nursing Research de los National Institutes of Health. En este proyecto participaban otros 10 investigadores. Los hallazgos corroboraron la construcción de un conocimiento de autocuidado, potencial de adaptación e IA (H. Erickson, comunicación personal, marzo de 2018).

EVOLUCIÓN

A medida que las tendencias de la atención sanitaria se desplazan hacia una atención basada en las relaciones y centrada en la persona, los modelos y el modelado de roles proporcionan una sólida base filosófica y un marco para guiar la práctica de la enfermería, que está en consonancia con las tendencias actuales de la atención sanitaria. La fundación y el trabajo realizado por la SAMRM aumentaron la visibilidad, la concienciación y la utilización de la teoría. La sociedad se formó para desarrollar y mantener una red de colaboradores que permitan evolucionar en el desarrollo y aplicación de esta teoría. Uno de los objetivos de la SAMRM es fomentar la realización de estudios de investigación continuados en relación con esta. El primer simposio nacional de la sociedad se celebró en 1986 y se repite cada 2 años. En la conferencia de 1988 en Hilton Head, Carolina del Sur, acudieron miembros de la sociedad procedentes de 12 estados distintos (H. Erickson, comunicación personal, noviembre de 1988). En la conferencia de 1990 en Austin (Texas), los miembros representaban ya a más de 33 estados (H. Erickson, comunicación personal, julio de 1992). Las presentaciones incluyeron información sobre la investigación, múltiples ámbitos de práctica y formación, y las poblaciones a lo largo de la vida. En 2010, enfermeras procedentes de diferentes partes de EE. UU., así como de Egipto, Canadá, Sudáfrica, China y Gran Bretaña, asistieron a la conferencia celebrada en San Antonio (Texas). Estas conferencias internacionales bienales ofrecen a las enfermeras la oportunidad de hablar sobre las interrelaciones entre la práctica, la teoría, la investigación y la formación en enfermería holística, y constituyen un foro de debate para los investigadores, educadores y practicantes para difundir el conocimiento perteneciente a la teoría y el paradigma de los modelos y el modelado de roles (H. Erickson, comunicación personal, mayo de 2016).

CRÍTICA

Claridad

Erickson, Tomlin y Swain presentan su teoría con claridad. Las definiciones de la teoría son denotativas, con los conceptos definidos de manera explícita. Utilizan un lenguaje corriente y ofrecen ejemplos y casos prácticos para ilustrar su significado. Sus definiciones y premisas son coherentes, y existe una lógica progresiva de las premisas a los fundamentos.

Sencillez

La teoría parece sencilla; sin embargo, un examen más detallado revela su profundidad y complejidad. Se basa en la síntesis de teorías biológicas y psicológicas y en varias premisas filosóficas de las autoras. Las interacciones entre los principales conceptos, premisas y fundamentos añaden profundidad a la teoría y aumentan su complejidad.

Generalidad

La teoría de modelos y modelado de roles es generalizable a todos los aspectos y ámbitos de la práctica profesional de la enfermería. Las principales premisas que tienen que ver con tareas de desarrollo, satisfacción de las necesidades básicas, apego a los objetos pérdida de estos y potencial adaptativo son suficientemente amplias como para poder aplicarse a diversas situaciones de enfermería. En este capítulo se han mencionado ya numerosos ejemplos de la aplicabilidad de la teoría en entornos formativos, de práctica clínica e investigación.

Accesibilidad

La **accesibilidad** se refiere a la comprobabilidad, la aplicación de una teoría y el grado en que los conceptos definidos se basan en la realidad observable. La teoría tiene conceptos definidos en términos operativos, subconceptos identificables y definiciones denotativas y claramente definidas. Los conceptos principales, modelos y modelado de roles, se basan en la realidad, lo que los convierte en empíricos. Las definiciones están claramente articuladas, lo que hace posible verificar los conceptos. Las autoras de la teoría han proporcionado un esquema para la recogida, el análisis y la síntesis de datos y directrices para aplicar la teoría. Estas directrices explícitas incrementan la precisión empírica, con lo que proporcionan a las enfermeras las herramientas necesarias para comprobar la teoría.

Se identifican, apoyan y fundamentan las teorías de nivel medio. Los datos obtenidos a través de análisis críticos y pruebas proporcionan evidencias y convalidan la teoría. Esta teoría de modelos y modelado de roles sigue logrando una precisión empírica aún mayor con los estudios nuevos y en curso. La necesidad de seguir investigando a partir de la teoría por parte de profesionales de la enfermería en su práctica es bien reconocida y agradecida.

Importancia

Uno de los retos a los que se enfrenta la profesión enfermera es el desarrollo de su base de conocimientos científicos únicos y el uso de teorías de la enfermería como base para la práctica profesional. La teoría de los modelos y el modelado de roles contribuye de forma constante a este objetivo. Aunque relativamente nueva, la teoría ha logrado el reconocimiento de la comunidad enfermera. El interés por ella ha sido creciente, y las investigaciones han avalado sus enunciados teóricos. Numerosos profesionales de enfermería citados anteriormente en este capítulo participan en investigaciones basadas en esta teoría, cuyos resultados acreditan la validez de las proposiciones teóricas.

Chinn y Kramer (2018) proponen que la importancia de una teoría guarda relación con la forma en que aborda los objetivos de la práctica, la educación y la administración de enfermería. La teoría de modelos y modelado de roles orienta la investigación, dirige la práctica y genera nuevas ideas; por lo tanto, esta teoría posee un valor y una importancia

inherentes para la disciplina de la enfermería (Alligood, 2011). Por último, la teoría está alineada con las necesidades y tendencias actuales y futuras de la atención sanitaria holística que incorporan un enfoque de la atención en «la satisfacción y la

experiencia del cliente, el conocimiento del autocuidado, el compromiso, la experiencia» y otros aspectos importantes en la atención sanitaria (American Nurses Association, 2015, pp. 11, 20, 227).

RESUMEN

La enfermería ofrece la oportunidad de compartir experiencias vitales importantes e íntimas con los clientes. Las enfermeras tienen la habilidad y la responsabilidad de facilitar la curación y de conseguir el máximo estado percibido de salud y de bienestar de nuestros clientes. La teoría de modelos y modelado de roles proporciona un marco teórico

basado en la práctica para conseguir estos objetivos en cualquier entorno, con cualquier población. Numerosas investigaciones y el continuo trabajo científico proporcionan apoyo empírico para esta teoría de enfermería.

A medida que la teoría madura, el alcance de su mérito y de su valía se hace más evidente.

CASO CLÍNICO

Robert, un ganadero de 75 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ingresa con dificultad respiratoria, angina de pecho y náuseas (necesidades fisiológicas insatisfechas). Es el cuarto ingreso en 6 meses (tiene dificultades para adaptarse a los factores estresantes de su vida). La enfermera se presenta con voz tranquila y calmada, y le explica que será su enfermera durante su estancia (intervenciones diseñadas para crear confianza y sensación de seguridad y facilitar un sentido de conexión). Le pregunta por qué está allí (él es la principal fuente de datos). Afirma: «No puedo respirar y me duele el tórax». Una vez estabilizado (las necesidades fisiológicas están satisfechas, de manera que la enfermera se centra en sus otras necesidades) dice: «He observado que ha tenido varios ingresos en los últimos meses. ¿Por qué cree que está aquí hoy?» (La enfermera busca información en el cliente, que es la principal fuente de datos y facilita la sensación de control del cliente.) Responde: «Mi esposa de 49 años murió hace unos meses; ella cuidó de mí, y mi corazón está roto. Mi vida ya no tiene sentido». (Tiene necesidades no satisfechas, tiene problemas con la etapa de desarrollo de generación y está afligido por la muerte de su esposa.)

Durante su valoración, la enfermera descubre que Robert vive solo en un rancho. Su vecino más cercano está a 6 kilómetros, su hijo vive fuera del estado, no tiene ayuda para las actividades de la vida diaria, está confinado en casa porque ya no puede conducir, no tiene ningún sistema de apoyo y se siente incapaz de seguir adelante con su vida sin su esposa. La enfermera le pregunta qué necesita para sentirse mejor y le ayuda a conseguirlo durante las semanas siguientes (fomento de orientación futura positiva). Él responde: «Necesito estar cerca de mis amigos y del hospital. Estoy muy solo y asustado lejos de ellos» (necesidades de amor y pertenencia y de seguridad no satisfechas).

Tras una larga discusión, deciden juntos poner en marcha un plan de cuidados. (La enfermera facilita el control del cliente, afirmando sus puntos fuertes y el conocimiento de autocuidado que él sabe que hará real; juntos fijan objetivos comunes.) Robert llama y habla con su hijo, que planea venir y visitarlo (esta acción facilita su sentido de apoyo percibido e IA). Se llama a su pastor y se le pide consejo (el apoyo es percibido, se inicia la facilitación de la resolución del duelo y se facilita que el cliente se centre en el futuro).

Robert decide que se trasladará a la ciudad a un apartamento para personas mayores donde les proporcionan comidas y otros servicios, y se dispone lo necesario para ayudarlo en la mudanza. Allí estará más cerca del hospital y de otras personas si las necesitara (lo que le ayudará a sentirse más seguro y protegido). También podrá elegir cuándo organizar las visitas de sus amigos o participar en las actividades sociales que se ofrecen en el complejo (verá satisfechas sus necesidades de cariño y sentido de pertenencia, lo que facilita su sensación de control). Recibirá, asimismo, asistencia en las necesidades fisiológicas básicas cuando lo necesite (comidas, servicios de limpieza). Después de haberse establecido en su nuevo hogar, la enfermera le da su número de teléfono, para que pueda llamarla si necesita algo o simplemente para control (las necesidades de apoyo y cariño y de pertenencia se ven satisfechas). Esta acción facilita la confianza y la IA del cliente. Se mantiene su control y se reafirman sus puntos fuertes y su conocimiento de autocuidados (sabrán cómo llamar cuando necesite ayuda y podrá hacerlo, o estará en contacto con la enfermera). Finalmente, la enfermera programa llamadas telefónicas regulares (según los planes del cliente, proporcionando así una sensación de control) para fines de control y para ver cómo se encuentra el cliente, así como para abordar las posibles preguntas o preocupaciones que este tenga. Esta acción facilita la confianza, la seguridad y la sensación de protección, cariño y pertenencia, y se cumplen las necesidades de IA.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Entreviste a un cliente y utilice la teoría para interpretar los datos. Identifique los diagnósticos enfermeros basados en las interpretaciones.
2. Evalúe al cliente a partir de fuentes primarias, secundarias y terciarias. Compare la coherencia entre los tres tipos de fuentes. ¿Qué diferencias se observan?
3. Proponga un plan de atención basado en la entrevista y las interpretaciones de la pregunta 1.
4. Suponiendo que el objetivo es promover la salud y el desarrollo del cliente, prediga los resultados del cliente basándose en el plan de atención. Considere los resultados del cliente si no se lleva a cabo el plan de atención.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Erickson, H. (Ed.). (2006). *Modeling and role-modeling: A view from the client's world*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (2002). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Cedar Park, TX: EST Co. (Trabajo original publicado en 1983, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.)
- The Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling, en <http://www.mrmnursingtheory.org/>

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman-Barger, P. (2010). Embracing multiculturalism in nursing learning environments. *Journal of Nursing Education*, 49(12), 677–682.
- Acton, G., & Malathum, P. (2000). Basic need satisfaction and health-promoting self-care behaviors in adults. *Western Journal of Nursing Research*, 22(7), 796–811.
- Acton, G. J., & Miller, E. W. (1996). Affiliated individuation in caregivers of adults with dementia. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 245–260.
- Aghebbati, N., Mohammadi, E., Ahmadi, F., & Noaparast, K. (2015). Principle-based concept analysis: Intentionality in holistic nursing theory. *Journal of Holistic Nursing*, 33(1), 68–83.
- Alligood, M. R. (2011). Theory-based practice in a major medical centre. *Journal of Nursing Management*, 19, 981–988.
- American Nurses Association. (2015). *ANA Nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Anschutz, C. A. (2000). *Perceived enactment of autonomy and life satisfaction: An elderly perspective* [Unpublished master's thesis]. Fort Hays, KS: Fort Hays State University.
- Arruda, E. (2010). Better retention through nursing theory. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(1), 17–22.
- Baas, L. S. (2004). Self-care resources and activity as predictors of quality of life in persons after myocardial infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(3), 131–138.
- Baas, L. S. (2011). Construct validity of the revised Self-Care Resources Inventory. <http://hdl.handle.net/10755/178037>.
- Baas, L. S., Beery, T. A., Allen, G. A., Wizer, M., & Wagoner, L. E. (2004). An exploratory study of body awareness in persons with heart failure or transplant. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 32–40.
- Baas, L. S., Beery, T. A., Fontana, J. A., & Wagoner, L. E. (1999). An exploratory study of developmental growth in adults with heart failure. *Journal of Holistic Nursing*, 17(2), 117–138.
- Baas, L. S., & Conway, G. A. (2004). Psychosocial aspects of heart failure management. In S. Stewart, D. D. Moser, & D. Thompson (Eds.), *Caring for the heart failure patient: A textbook for the healthcare professional* (pp. 197–209). London: Martin Bunitz.
- Baas, L. S., Fontana, J. A., & Bhat, G. (1997). Relationships between self-care resources and the quality of life of persons with heart failure: A comparison of treatment groups. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 12(1), 25–38.
- Baldwin, C. M. (1996). Perceptions of hope: Lived experiences of elementary school children in an urban setting. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 2(3), 41–45.
- Bales, I. (2010). Testing a computer-based ostomy care training resource for staff nurses. *Ostomy Wound Management*, 56(5), 60–69.
- Bariyyah, N. (2018). *Adaptation for hemodialysis patient based on the role modeling modeling theory in the NTB provincial hospital*. <http://repository.unair.ac.id/77970/>.
- Barnfather, J. S. (1987). Mobilizing coping resources related to basic need status in healthy, young adults. *Dissertation Abstracts International*, 49/02-B, 0360.
- Barnfather, J. S. (1990a). An overview of the ability to mobilize coping resources related to basic needs. In H. Erickson, & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
- Barnfather, J. S. (1990b). Mobilizing coping resources related to basic need status. In H. Erickson, & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
- Barnfather, J. (1993). Testing a theoretical proposition for modeling and role-modeling: A basic need and adaptive potential status. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 1–18.
- Beery, T. A., Baas, L. S., Fowler, C., & Allen, G. (2002). Spirituality in persons with heart failure. *Journal of Holistic Nursing*, 20(10), 5–30.

- Beery, T., Baas, L. S., & Henthorn, R. (2007). Self-reported adjustment to implanted cardiac devices. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 516–524.
- Beery, T. A., Baas, L. S., Mathews, H., Burroughs, J., & Henthorn, R. (2005). Development of the implanted devices adjustment scale. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 242–248.
- Beltz, S. (1999). *How persons 85 years and older, living in congregate housing, experience managing their health: Preservation of self* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas, Austin.
- Benson, D. (2003). *Adaptive potential assessment model as applied to small groups* [Unpublished doctoral dissertation]. LaVerne CA: University of LaVerne.
- Benson, D. (2006). Coping with stress. In H. Erickson (Ed.), *Modeling and role-modeling: A view from the client's world* (pp. 240–274). Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
- Benson, D. (2011). *A theoretical model for group adaptive expansion*. <http://hdl.handle.net/10755/153865>.
- Boodley, C. A. (1990). The experience of having a healthy examination. In H. Erickson, & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling. (Original work published 1986).
- Bowman, S. S. (1998). *The human-environment relationship in self-care when healing from episodic illness* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Bray, C. O. (2005). *The relationship between psychosocial attributes, self-care resources, basic need satisfaction and measures of cognitive and psychological health of adolescents: A test of the modeling and role-modeling theory* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Campbell, B.D. (2016). *Fall safety bundle*. Walden University. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 10169998).
- Campbell, S. (2017). *The emotional cost of caring: Compassion fatigue experienced by nurse staff on an inpatient geriatric behavioral health unit*: [Master's thesis, Arkansas Tech University]. https://orc.library.atu.edu/etds_2017/16/.
- Campbell, J., Finch, D., Allport, C., Erickson, H. C., & Swain, M. A. (1985). A theoretical approach to nursing assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 111–115.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Integrated knowledge development in nursing* (10th ed.). St. Louis: Mosby.
- Clayton, D. (2001). *Journeys through chaos: Experiences of prolonged family suffering and evolving spiritual identity* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Cleary, J., & Crafti, N. (2007). Basic need satisfaction, emotional eating, and dietary restraint as risk factors for recurrent overeating in a community sample. *E-Journal of Applied Psychology. Clinical and Social Issues*, 3(2), 27–39.
- Coelho, M., Miranda, K., Guedes, M., Monteiro, A., de Fátima da Silva, L., & Leite, A. (2014). Applicability of ICNP® based on the theory of modeling and role-modeling. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 438–442.
- Darling-Fisher, C. (2019). Application of the Modified Erickson Psychosocial Stage Inventory: 25 years in review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(3), 431–458.
- Darling-Fisher, C., & Leidy, N. (1988). Measuring Eriksonian development of the adult: The modified Erickson psychosocial stage inventory. *Psychological Reports*, 62, 747–754.
- Diehl, K. (2016). *Improving communication and collaboration between disciplines: utilization of daily goals sheet during daily multidisciplinary rounds in the critical care setting*. Regis University ePublications at Regis University. <https://epublications.regis.edu/theses/736/>.
- Dildy, S. M. (1992). *A naturalistic study of the meaning and impact of suffering in people with rheumatoid arthritis* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Erickson, H. C. (1976). *Identification of states of coping utilization physiological and psychological data* [Unpublished master's thesis]. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Erickson, H. (1990a). Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. In J.K. Zeig, S. Gilligan (Ed.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, H. (1990b). Theory based nursing. In H. Erickson, & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
- Erickson, H. (1990c). Self-care knowledge: An exploratory study. In C. Kinney, & H. Erickson (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.
- Erickson, H. (2010). *Exploring the interface between the philosophy and discipline of holistic nursing. Modeling and role-modeling at work*. Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, H. C., Kinney, C., Becker, H., Acton, G., Irvin, B., Hopkins, R., et al. (1994). *Modeling and role-modeling with Alzheimer's patients* (National Institutes of Health funded grant). [Unpublished manuscript]. Austin, TX: University of Texas.
- Erickson, H. C., & Swain, M. A. (1982). A model for assessing potential adaptation to stress. *Research in Nursing and Health*, 5, 93–101.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Erickson, M. (1996a). Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 185–200.
- Erickson, M. (1996b). *Relationships among support, needs satisfaction, and maternal attachment in the adolescent mother* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Erickson, M. (2006). Attachment, loss, and reattachment. In H. Erickson (Ed.), *Modeling and role-modeling: A view from the client's world* (pp. 208–239). Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, M., Erickson, H., & Jensen, B. (2006). Affiliated individuation and self-actualization: Need satisfaction as a pre-requisite. In H. Erickson (Ed.), *Modeling and role-modeling: A view from the client's world* (pp. 182–207). Cedar Park, TX: Unicorns Unlimited.

- Falk, K. (2013). *Appreciative inquiry to transform nursing practice for mentoring children of promise* [Unpublished doctoral dissertation]. New York, NY: City University of New York.
- Falk, K. (2014). Appreciative inquiry with nurses who work with children of incarcerated parents. *Nursing Science Quarterly*, 27(4), 315–323.
- Faye, F. (2011). Integrating nursing science in the education process. *Creative Nursing*, 17(3), 113–117.
- Folse, V. (2007). The family experience with eating disorders scale: Psychometric analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(4), 210–221.
- Frohman, T. J., Lin, F., & Chaboyer, W. (2017). Nurse mentor perceptions in the delivery of a home-based cardiac rehabilitation program to support patients living in rural areas: An interpretive study. *Nurse Education in Practice*, 24, 77–83.
- Goldstein, L. (2013). *Relationships among quality of life, self-care, and affiliated individuation in persons on chronic warfarin therapy* [Doctoral dissertation, University of Texas at Austin]. UT Electronic Theses & Dissertations, University of Texas, Austin, Texas. <https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/21865>.
- Greene, L. (2017). *Nurse workloads: the relationship between nurse compassion satisfaction and burnout* [Master's thesis, Gardner-Webb University]. Nursing Theses and Capstone Projects. 292. https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/292.
- Gregg, R., Brown, A., & Pasvogel, A. (2020). Try-It-On Preparing family nurse practitioners to use holistic integrative interventions to reduce opioid prescriptions in chronic pain management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(1), 37–44.
- Gregg, S. R., & Twibell, K. R. (2016). Try-it-on. Experiential learning of holistic stress management in a graduate nursing curriculum. *Journal of Holistic Nursing*, 34(3), 300–308.
- Guntalib, N. (2015). *Effect of a simulation course on medication administration safety of Malaysian nursing student* [Doctoral dissertation, Loma Linda University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3731652).
- Hagglund, L. A. (2009). Challenges in the treatment of factitious disorder: A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 58–64.
- Harris, M. (2017). *Strategies for delivering sexual health education to adolescents with autism spectrum disorders: An integrative review of the literature*. DePaul University Via Sapientiae Grace Peterson Nursing Research Colloquium 2017.
- Haylock, P. (2008). *Giving voice to the vulnerable: Advocacy and oncology nursing*. Electronic Theses & Dissertations, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX.
- Haylock, P. J. (2010). Advanced cancer: A mind-body-spirit approach in life and living. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3), 183–194.
- Hertz, J. E. (1999). Testing two self-care measures in elderly home care clients. In S. H. Gueldner, & L. W. Poon (Eds.), *Gerontological nursing issues for the 21st century* (pp. 195–205). Indianapolis: Center Nursing Press.
- Hertz, J. E., & Anschutz, C. A. (2002). Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care, and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing*, 20(2), 166–186.
- Hertz, J. E., Rossetti, J., & Nelson, C. M. (2005). *Perceived autonomy and self-care resources in older residents of senior apartments*. Virginia Henderson Global e-Repository. <http://hdl.handle.net/10755/161167>.
- Hodge, D., Bonifas, R., Sun, F., & Wolosin, R. (2014). Developing a model to address African Americans' spiritual needs during hospitalization. *Clinical Gerontologists*, 37(4), 386–405.
- Hogan, P. (2019). *Use of an educational documentary to instruct pre-licensure associate degree nursing students about substance use disorder among nurses* [Unpublished doctoral dissertation]. Weston, MA: Regis College.
- Holl, R. M. (1992). *The effect of role-modeled visiting in comparison to restricted visiting on the well-being of clients who had open heart surgery and their significant family members in the critical care unit* [Doctoral dissertation, University of Texas at Austin]. *Dissertation Abstracts International*, 53, 4030B.
- Hwang, H., & Lin, H. (2004). Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(4), 166–173.
- Irvin, B. L. (1993). *Social support, self-worth and hope as self-care resources for coping with caregiver stress* [Doctoral dissertation, University of Texas at Austin]. *Dissertation Abstracts International*, 54(06), B2995.
- Irvin, B. L., & Acton, G. (1996). Stress mediation in caregivers of cognitively impaired adults: Theoretical model testing. *Nursing Research*, 45(3), 160–166.
- Irvin, B. L., & Acton, G. J. (1997). Stress, hope and well-being of women caring for family members with Alzheimer's disease. *Holistic Nursing Practices*, 11(2), 69–79.
- James, K. (2018). *Implementation and evaluation of a narcotic diversion recognition program in acute care* [Doctoral dissertation, Oklahoma City University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 13425352).
- Jensen, B. (1995). *Caregiver responses to a theoretically based intervention program: Case study analysis* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Jonker, L. (2012). *The experiences and perceptions of mothers utilizing child health services* [Thesis, Stellenbosch University]. Stellenbosch, South Africa]. <http://scholar.sun.ac.za>.
- Keck, V. E. (1989). *Perceived social support, basic needs satisfaction, and coping strategies of the chronically ill* [Doctoral dissertation, University of Michigan]. *Dissertation Abstracts International*, 50, 3921B.
- Kennedy, G. T. (1991). A nursing investigation of comfort and comforting care of the acutely ill patient [Doctoral dissertation, University of Texas at Austin]. *Dissertation Abstracts International*, 52, 6318B.
- Khalilabad, R., Aghebati, N., & Vashani, H. (2020). The effect of self-care program based on modeling and role modeling theory on body image nurturance in patients with colorectal cancer: A randomized clinical trial. *Holistic Nursing Practice*, 34(4), 199–209.
- Kinney, C. K. (1990). Facilitating growth and development: A paradigm case for modeling and role-modeling. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 375–395.

- Kinney, C., & Erickson, H. (1990). Modeling the client's world: A way to holistic care. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 93–108.
- Kinney, C. K., Rodgers, D. R., Nash, K., & Bray, C. (2003). Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *Journal of Holistic Nursing*, 21, 260–279.
- Kline, N. W. (1988). *Psychophysiological processes of stress in people with a chronic physical illness* [Doctoral dissertation, University of Michigan]. *Dissertation Abstracts International*, 49, 2129B.
- Knapp, S. (2013). *The effects of a violence assessment checklist on the incidence of violence for emergency department nurses* [Doctoral dissertation, Valparaíso University]. Evidence-Based Practice Project Reports. <http://scholar.valpo.edu/ebpr/23>.
- Knox-Woodward, J. (2014). *Employing provider mentoring/coaching to improve preventative quality ordering* [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3641892).
- Koren, M. E. (2017). Mindfulness interventions for nursing students: Application of modeling and role modeling theory. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1710–1716.
- Koren, M. E., & Pappadimitriou, C. (2013). Spirituality of staff nurses: Application of modeling and role-modeling theory. *Holistic Nursing Practice*, 27(1), 37–44.
- Kumpula, R. (2011). *Patterns under construction: Nurses' lived experiences shaping spiritual care*. [Doctoral dissertation, University of St. Thomas]. Education Doctoral Dissertations in Leadership. 10. https://ir.stthomas.edu/caps_ed_lead_docciss/10.
- Lamb, P. B. (2005). *Application of the modeling role-modeling theory to mentoring in nursing* [Unpublished master's thesis]. Bozeman, MT: Montana State University.
- Lamar University (2019). *RN-BSN Student Handbook*, JoAnne Gay Dishman School of Nursing, College of Arts and Sciences, Beaumont, Texas.
- Landis, B. J. (1991). *Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness* [Doctoral dissertation, University of St. Thomas]. *Dissertation Abstracts International*, 52, 4124B.
- Larsson, S. & Nystrom, S. (2019). *Sexual health during and after menopause*. https://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/27705/larsson_nystr%C3%B6m.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Leigh, G., Miller, L., & Ardoin, K. (2017). Enhancing observers' learning during simulations. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(10), 454–457.
- Levine, M. A., & Perpetua, E. (2006). International immersion programs in baccalaureate nursing education: Professor and student perspectives. *Journal of Cultural Diversity*, 13(1), 20–26.
- Liang, C. V. (2008). *Urinary incontinence among rural elders residing in long-term care* [Unpublished doctoral dissertation]. Binghamton, NY: Assessment of Bladder Health Initiative Program, State University of New York at Binghamton, NY.
- Maki, A. (2019). *Ulcerative colitis and diet - from a patient perspective. A scoping review*. [Bachelor thesis, XXX] [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/173541/Arbetsplanen.2.0\(5\).pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/173541/Arbetsplanen.2.0(5).pdf?sequence=2&isAllowed=y).
- Matsui, M., & Capezuti, E. (2008). Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*, 29(2), 141–147.
- McCreath, R. L. (2020). *A comparative analysis of job satisfaction, burnout, and intent to leave among nurses* [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 27739885).
- McElligott, D. (2010). Healing: The journey from concept to nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 251–259.
- McGuire, B. (2009). *Adult outpatient chemotherapy patients' attitudes and preferences towards complementary and alternative therapies (CAM) and the physical environment of treatment* [Doctoral dissertation, North Dakota State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3388639).
- Merryfeather, L. (2015). Passionate scholarship or academic safety: An ethical issue. *Journal of Holistic Nursing*, 33(1), 60–67.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.
- Miller, E. W. (1994). *The meaning of encouragement and its connection to the inner-spirit as perceived by caregivers of the cognitively impaired* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Miller, M. (2018). *Does an educational intervention for a nurse-driven indwelling urinary catheter protocol increase nurses' knowledge and compliance to the protocol?* http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_libsubv1_scholarship_submission_1524596940_51d3cd69.
- Morton, I. R. (2018). *Nurse manager job satisfaction and retention*. [Master's thesis, Gardener-Webb University]. Nursing theses and capstone projects. 364. https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/364.
- Mose, I. (2008). *The experiences of spouses living with clinically depressed partners*.
- Mutiso, T. (2015). *The effects of peer social support on quality of life for people living with HIV infection in Kasarani Kenya* [Doctoral dissertation, State University of New York at Binghamton]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3713608).
- Nash, K. (2007a). Implementation and evaluation of the Empower Youth program. *Journal of Holistic Nursing*, 25(1), 26–36.
- Nash, K. (2007b). Evaluation of the empower peer support and education program for middle school-aged adolescents. *Journal of Holistic Health*, 25, 26–36.
- Nordlund, S., & Sundberg, E. (2017). *Mental health in somatic care – a literature review*. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1086177&dsid=-8540>.
- Ottosson, E., & Hansson, R. (2017). *Breast cancer and sexuality: women's perspective*. Department of Health Sciences, Lund Libraries, Lund, Sweden. <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/8920553>.
- Perese, E. (2002). Integrating psychiatric nursing into a baccalaureate nursing curriculum. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(5), 152–158.
- Perese, E. F., & Wu, Y. B. (2010). Shortfalls of treatment for patients with schizophrenia: Unmet need, obstacles to recovery. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 14(2), 43–56.

- Pipkins, C., Rinker, M., & Curl, E. (2020). Spiritual care perceptions for baccalaureate students. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 131–138.
- Pokorny, M., Scott, E., Rose, M. A., et al. (2009). Challenges in caring for the morbidly obese patients. *Home Healthcare Nurse*, 27(1), 43–52.
- Rathee, E., & Hall, M. (2018). *Impact of mother being in school on academic success of her child (ren)-a cross sectional study*. STT Repository. <http://hdl.handle.net/10755/624575.2018-07-03T16:25:54Z>.
- Raudonis, B. (1991). *A nursing study of empathy from the hospice patient's perspective* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Raudonis, B., & Acton, G. (1997). Theory based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 138–145.
- Rhodes, K. (2019). *Exploring the relationships between stress and transition readiness on patient-centered outcomes in young adults with inflammatory bowel disease* [Doctoral dissertation, The University of Mississippi Medical Center]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 27543027).
- Robinson, K. R. (1994). Developing a scale to measure denial levels of clients with actual or potential myocardial infarctions. *Heart and Lung*, 23, 36–44.
- Robinson, R., Hale, G., Hall, I., Knight, S., Melancon, B., & Moss, P. (2019). A school of nursing's response to hurricane Harvey. *Nursing Education Perspectives*, 41(4), 265–266.
- Roesler, J. (2020). *Nurse communication of exercise education for hematopoietic stem cell transplantation patients*. University of Arizona. <http://hdl.handle.net/10150/630218>.
- Rogers, S. (1996). Facilitative affiliation: Nurse-client interactions that enhance healing. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 171–184.
- Rosenow, D. J. (1991). Multidimensional scaling analysis of self-care actions for reintegrating holistic health after a myocardial infarction: Implications for nursing. *Dissertation Abstracts International*, 53, 1789B.
- Scheela, R. (1991). *The remodeling process: A grounded study of adult male incest offenders' perceptions of the treatment process* [Unpublished doctoral dissertation]. Austin, TX: University of Texas.
- Schultz, E. (1998). Academic advising from a nursing theory perspective. *Nurse Educator*, 23(1), 22–25.
- Shams, M., Favara, I., Meneghello, E., & Barzon, F. (2014). *Nursing and psychological issues in obese patients. The Globesity Challenge to General Surgery*. Milan, Italy: Springer-Verlag Italia.
- Sharifi, S., Safabakhsh, L., & Khojasteh, F. (2019). Investigating basic needs satisfaction in the elderly people with some individual characteristics based on modeling and role-modeling theory. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences-Jemds*, 8(21), 1751–1754.
- Smith, K. (1980). *Relationship between social support and goal attainment* [Unpublished master's thesis]. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Sheehan, W. A. (2018). *The progression from acute to chronic low back pain: A systematic review of risk factors and practice recommendations*. Montana State University. <https://scholarworks.montana.edu/xmlui/handle/1/15508>.
- Sofhauser, C. D. (2003). Psychosocial antecedents of hostility in persons with coronary heart disease. *Journal of Holistic Nursing*, 21(3), 280–300.
- Sofhauser, C. (2015). Hostility patterns: Implications for nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 28(3), 202–208.
- Sung, P. H., & Yu, S. K. (2006). The nursing experience of applying MRM model to personality disorder. *Hu Li Za Zhi*, 53(4), 89–95.
- Tanninen, H. (2015). *Resource-enhancing nursing at home for families with small children evaluation of early interventions*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, Number 301.
- Tate, A. (2019). *Accelerated Baccalaureate nursing students' perceptions of stress* [Master's thesis, Gardner-Webb University]. https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/?utm_source=digitalcommons.gardner-webb.edu%2Fnursing_etd%2F334&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages.
- Timmerman, G., & Acton, G. (2001). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 691–701.
- Utami, R., Haryanto, J., & Sajidin, M. (2017). Path Analysis of the Factors that influence the prevention of leprosy clients depression in leprosy hospital sumberglagah mojkerto. East Java, Indonesia. *International Journal of Science and Research*, 6(6), 431–435.
- Van Kuiken, D. (2008). *The role of hope in self-care in persons with heart failure* [Doctoral dissertation, University of Cincinnati]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3346495).
- Veio, P. (2010). Concept mapping for applying theory to nursing practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 26(1), 17–22.
- Weber, G. J. T. (1995). Employed mothers with pre-school-aged children: An exploration of their lived experiences and the nature of their well-being. *Dissertation Abstracts International*, 56–06(B), 3131.
- Weber, G. J. (1999). The experiential meaning of well-being for employed mothers. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 785–795.
- Wheatley, T. (2017). *Implementing & evaluating a nurse-led educational intervention for bone marrow transplant patients in the acute care setting* [Doctoral dissertation, University of Kentucky College of Nursing]. https://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/145.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Erickson, H. (1986). *Synthesizing clinical experiences: A step in theory development*. Ann Arbor, MI: Biomedical Communications.

Erickson, H., & Kinney, C. (Eds.). (1990). *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role- Modeling.

Capítulos de libros

Erickson, H. (1990). Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. In J. K. Zeig, & S. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 473–491). New York: Brunner/Mazel.

Erickson, H. (1990). Theory based nursing. In C. Kinney, & H. Erickson (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

Artículos de revistas

Barnfather, J., Swain, M. A., & Erickson, H. (1989). Construct validity of an aspect of the coping process: Potential adaptation to stress. *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 23–40.

Barnfather, J., Swain, M. A., & Erickson, H. (1989). Evaluation of two assessment techniques. *Nursing Science Quarterly*, 4, 172–182.

Erickson, H. (1991). Modeling y role-modeling con psychophysiological problemas. *Rapport: Hipnosis de Milton H. Erickson—Revista del Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires (Argentina)*, 1(1), 41–53.

Erickson, H., & Swain, M. A. (1982). A model for assessing potential adaptation to stress. *Research in Nursing and Health*, 5, 93–101.

Erickson, H., & Swain, M. A. (1990). Mobilizing self-care resources: A nursing intervention for hypertension. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 217–236.

Fuentes secundarias

Artículos de revistas

Beery, T., & Baas, L. (1996). Medical devices and attachment: Holistic healing in the age of invasive technology. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 233–243.

Hertz, J. (1996). Conceptualization of perceived enactment of autonomy in the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 261–273.

Kinney, C. (1996). Transcending breast cancer: Reconstructing one's self. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 201–216.

Miller, E. W. (1995). Encouraging Alzheimer's caregivers. *Journal of Christian Nursing*, 12(4), 7–12.

Sappington, J., & Kelley, J. H. (1996). Modeling and role-modeling theory: A case study of holistic care. *Journal of Holistic Nursing*, 14(2), 130–141.

APÉNDICE

Instrumento de valoración basado en los modelos y el modelado de roles*

- I. Descripción de la situación.
 - A. Visión general de la situación.
 - B. Etiología:
 1. Factores responsables de estrés externos.
 2. Factores estresantes.
 3. Factores que provocan distrés.
 - C. Necesidades terapéuticas.
- II. Expectativas:
 - A. Inmediatas.
 - B. A largo plazo.
- III. Potencial de recursos:
 - A. Externos:
 1. Red social.
 2. Sistema de apoyo.
 3. Sistema sanitario.
 - B. Internos:
 1. Puntos fuertes.
 2. Potencial de adaptación:
 - a. Estados de sensaciones.
 - b. Parámetros fisiológicos.
- IV. Objetivos y tareas vitales:
 - A. Actuales.
 - B. Futuras.

Instrumento de interpretación de datos basado en los modelos y el modelado de roles†

- I. Interpretar los datos respecto a la capacidad de movilización de recursos (modelo de valoración del potencial de adaptación).
- II. Interpretar los datos del estado de las necesidades (activos y deficiencias relacionados con el tipo de necesidad), apego a objetos, pérdida, duelo (normal o patológico), tareas vitales (de desarrollo: reales y cronológicas).

Instrumento de análisis de datos basado en los modelos y el modelado de roles‡

- I. Primer paso:
 - A. Articular las relaciones entre los factores estresantes y el estado de las necesidades.
 - B. Articular las relaciones entre el estado de las necesidades y la capacidad de movilizar recursos.
 - C. Articular las relaciones entre el estado de las necesidades y la pérdida de apego.
 - D. Articular las relaciones entre la pérdida y el tipo de respuesta al duelo.
 - E. Articular las relaciones entre el tipo de activos y deficiencias de las necesidades y el residuo de desarrollo.
 - F. Articular las relaciones entre la tarea de desarrollo cronológica y el residuo de desarrollo.
- II. Segundo paso:
 - A. Articular las relaciones entre los factores estresantes, el potencial de recursos, el estado de las necesidades, la pérdida, el estado de duelo, el residuo de desarrollo, la tarea cronológica y el potencial de apego.
 - B. Articular las relaciones entre el estado de las necesidades, los recursos potenciales, el residuo de desarrollo y los objetivos personales.

*Las preguntas para las entrevistas y los pensamientos que guían el pensamiento crítico se indican en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 116–147). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Suggestions for interviewing techniques are found in Erickson, H. C. (1990). Self-care knowledge. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

†Las directrices de pensamiento crítico para la interpretación de datos se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 148–168). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory based nursing. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

‡Las directrices de pensamiento crítico para el análisis de datos se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 153–168). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.

APÉNDICE (cont.)**Instrumento de planificación basado en los modelos y el modelado de roles[§]****I. Objetivos de las intervenciones:**

- A. Establecer confianza.
- B. Promover la orientación positiva.
- C. Promover el control del cliente.
- D. Promover los puntos fuertes.
- E. Establecer objetivos orientados a la salud.

II. Objetivos de la intervención:

- A. Desarrollar una relación de confianza y funcional entre usted y el cliente.

- B. Facilitar una autoproyección futurista y positiva.
- C. Promover la IA con el mínimo grado de ambivalencia posible.
- D. Promover un estado de salud dinámico, adaptativo y holístico.
- E. Promover y fomentar un mecanismo de afrontamiento que satisfaga las necesidades básicas y permita satisfacer las necesidades de crecimiento.
- F. Facilitar etapas de desarrollo reales y cronológicas congruentes.

[§]Las directrices de pensamiento crítico para la planificación se sugieren en Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing* (pp. 169–222). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; y Erickson, H. C. (1990). Theory-based nursing. In H. C. Erickson & C. Kinney (Eds.), *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research* (Vol. 1). Austin, TX: Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling.



Gladys L. Husted
(1941-2016)



James H. Husted
(1931-2018)

Gladys L. Husted y James H. Husted: teoría bioética sinfonológica

Carrie J. Scotto

«La sinfonología (de symphonia, palabra griega que significa "acuerdo") es un sistema de ética basado en los términos y condiciones previas de un acuerdo.»

(Husted y Husted, 2001, p. 34)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Gladys Husted nació en Pittsburgh, donde su vida, su práctica, su formación y sus enseñanzas siguen influyendo en la profesión de enfermera. En 1962 obtuvo la diplomatura en ciencias de la enfermería en la University of Pittsburgh, y empezó a trabajar en salud pública y en servicios médico-quirúrgicos de atención a pacientes agudos hospitalizados. La observación de las interacciones entre los pacientes y las enfermeras hizo que se interesara por las cuestiones de carácter ético. En 1968 completó un máster en Enseñanza de la Enfermería y comenzó a dar clases en la Louise Suyden School of Nursing del St. Margaret's Memorial Hospital de Pittsburgh. Su amor por la enseñanza la llevó a realizar estudios de doctorado que le permitieron obtener el título correspondiente en el departamento de planes de estudio y supervisión de la University of Pittsburgh.

Husted fue profesora emérita en la Duquesne University School of Nursing, y en 1998 recibió el Premio a la Mejor Profesora de la escuela. La Duquesne University School of Nursing ha reconocido la excelente labor didáctica de G. Husted con diferentes distinciones y menciones honorarias, como los Premios Duquesne University School of Nursing Recognition for Excellence (1990/1991) y Faculty for Excellence in Teaching (1994/1995). La Facultad de Medicina de Ohio nombró a Husted la conferenciante más distinguida del año

(2000). Fue miembro de las asociaciones Sigma Theta Tau International, Phi Kappa Phi y National League for Nursing.

Husted ayudó a la Western Pennsylvania Hospital Nursing Division, que estaba desarrollando un comité de ética, formando a la plantilla y los directivos y aportando orientación al comité recién constituido. Asimismo, asesoró al Allegheny General Medical Center en cuestiones de formación y gestión del personal de enfermería, y al National Nursing Ethics Advisory Group para el departamento de los Veterans Affairs. Trabajó como asesora experta para varias escuelas de enfermería y realizó presentaciones en numerosas conferencias nacionales.

James Husted nació en Kingston (Pensilvania) y se interesó durante toda su vida por la filosofía. Durante su destino como militar en Alemania empezó a interesarse por la ética, especialmente de la obra de Benedict Spinoza, a través de las conversaciones que mantuvo con un profesor de ética ya retirado. Cuando dejó el ejército, trabajó en el comercio y como instructor de agentes de seguros médicos privados. Sin embargo, paralelamente a su trabajo, continuó leyendo y desarrollando sus ideas sobre ética y filosofía. Durante la década de 1980 se unió a las sociedades High-IQ, Mensa e Intertel, trabajando como experto en filosofía para Mensa y director regional de Intertel.

Los dos teóricos se conocieron y se casaron en 1974, estableciendo y cultivando un diálogo que dio lugar a la teoría sinfonológica. Fueron coautores de varias ediciones de *Ethical*

Decision Making in Nursing. Su libro fue seleccionado como uno de los libros notables por Nursing and Health Care en 1991, 1995 y 2001. Asimismo, obtuvo el Premio de la Nursing Society en 2001. Entre 1997 y 1998 publicaron regularmente una columna titulada «A Practice Based Bioethic» en la revista *Advanced Practice Nursing Quarterly*. Además de publicar libros, escribir capítulos de libros y artículos en revistas especializadas, dieron conferencias y seminarios en los que presentaron su teoría ética.

Después de jubilarse, los Husted continuaron desarrollando y difundiendo su trabajo a través de la docencia, la escritura y el servicio en los ámbitos de la salud hasta su muerte, en 2016 la de Gladys y en 2018 la de James. Su trabajo sigue inspirando a la comunidad sanitaria.

FUENTES TEÓRICAS

Los autores definen la **sinfonología** como «el estudio de los acuerdos y de los elementos necesarios para formar acuerdos» (Husted et al., 2015, p. x). Aplicada a la asistencia sanitaria, es el estudio de los acuerdos entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Un acuerdo se basa en la naturaleza de la relación que se establece entre las partes implicadas en la relación. En su dimensión ética, se hace hincapié en los compromisos y obligaciones de cada uno. Si bien la teoría se desarrolló a partir de la observación del trabajo de las enfermeras en su práctica, más tarde se amplió para poder incluir a todos los profesionales sanitarios. El desarrollo de la teoría ha conducido a la construcción de un modelo de toma de decisiones basado en la práctica que sirve para orientarnos con respecto a qué acciones son apropiadas para el paciente y el profesional sanitario, y cuándo se deben emprender estas acciones. El nombre de la teoría deriva de la palabra griega *symphonia*, que significa «acuerdo».

La ética es «un sistema de normas para motivar, determinar y justificar las acciones dirigidas a la consecución de objetivos vitales y fundamentales» (Husted et al., 2015, p. 1). La ética analiza qué se debe hacer dentro del marco de las acciones que realmente pueden emprenderse, con el fin de preservar y mejorar la vida de los seres humanos. Por tanto, los Husted describen la ética como la ciencia del bienestar.

La bioética se ocupa de la ética de las interacciones entre un paciente y un profesional sanitario, de lo que debe hacerse para preservar y mejorar la vida humana en el ámbito de la asistencia sanitaria. Durante el siglo pasado, los avances en nuestros conocimientos y en la tecnología cambiaron radicalmente las prácticas en los cuidados entonces existentes, y surgieron circunstancias amenazantes y confusas que no se habían encontrado previamente. El número de tratamientos y de modalidades terapéuticas aumentó rápidamente, lo que permitió que sobrevivieran muchos pacientes que, en épocas anteriores, habrían muerto. Sin embargo, la morbilidad que presentan estos pacientes supervivientes plantea nuevas cuestiones: ¿quiénes deben recibir tratamiento? ¿Cuál es el tratamiento adecuado en

cada circunstancia? ¿Quién decide cuál es el tratamiento adecuado? Por esta razón, la bioética pasó a ser un tema central en lo que anteriormente había sido un entorno prescriptivo. Se hizo esencial considerar los aspectos éticos, así como las soluciones científicas, de las cuestiones relacionadas con la salud (Jecker et al., 1997). A través de la experiencia personal y de la observación del trabajo de las enfermeras, los Husted se dieron cuenta de la naturaleza cada vez más compleja de los dilemas bioéticos planteados, así como de las dificultades con las que se encontraba el sistema sanitario para darles una respuesta satisfactoria.

Para aclarar las razones de la deficiencia del sistema sanitario a la hora de abordar la cuestión de la prestación de una atención ética, los Husted examinaron las ideas y conceptos tradicionales utilizados para guiar el comportamiento ético. Entre estos conceptos se encontraban la deontología profesional, las ideas utilitaristas y emotivistas, y el relativismo social. La deontología es una ética basada en las obligaciones, en la cual las consecuencias de las acciones son irrelevantes. Uno actúa de acuerdo con normas preestablecidas, con independencia del resultado. Las limitaciones de este tipo de ética en relación con la práctica profesional del profesional sanitario son obvias, porque tiene la obligación de prever las consecuencias de sus acciones y de actuar únicamente de tal forma que el paciente salga beneficiado. Según la ética utilitarista, el profesional sanitario debería actuar de tal forma que se consiguiera el mayor bien para el mayor número posible de personas. Sin embargo, esto es incoherente con la práctica del profesional sanitario, que actúa siempre sobre un paciente concreto e individual. Por su parte, la ética emotivista defiende que las decisiones éticas deben basarse en las emociones de los individuos implicados. El pensamiento racional no desempeña ningún papel en las decisiones emotivas, por lo que este tipo de proceso de toma de decisiones es inadecuado en el campo de la asistencia sanitaria. El relativismo social sostiene que las creencias en una sociedad son más importantes que las creencias del individuo. Esto es incongruente con la creciente diversidad de nuestro mundo cada vez más globalizado. Los Husted llegaron a la conclusión de que las dificultades que tenía el sistema sanitario para resolver los dilemas bioéticos tenían su origen en el carácter inapropiado de las teorías éticas tradicionales.

Dado que los modelos tradicionales resultaron inadecuados para guiar el comportamiento ético de los profesionales sanitarios, los Husted comenzaron a concebir y desarrollar un método con el cual los profesionales sanitarios pudieran determinar las acciones éticas apropiadas. La teoría se basa en el razonamiento lógico y hace hincapié en el tratamiento holístico e individualizado de cada paciente. Para la construcción de la teoría aprovecharon muchas ideas de Aristóteles, Benedict Spinoza y Michael Polanyi. Estos filósofos tienen en común la defensa del pensamiento racional y la necesidad de valorar a la persona como individuo. Aristóteles, un alumno de Platón, amplió la teoría de su maestro al plantear que había otras muchas cosas en el mundo que merecían ser examinadas,

aparte de la pura racionalidad. Creía que hay que desarrollar la perspicacia y la percepción para reconocer cómo se pueden aplicar los principios a cada situación (McKeon, 1941).

El filósofo holandés Spinoza examinó la naturaleza del ser humano y del conocimiento humano. Llegó a la conclusión de que, si bien el proceso y el resultado del razonamiento humano pueden ser comparables en todos los individuos, el discernimiento y la intuición son únicos de cada persona. Spinoza creía que la razón debe ir unida al pensamiento intuitivo para lograr una verdadera comprensión (Lloyd, 1996). Fue un filósofo que se caracterizó por transformar conceptos filosóficos muy importantes y bien fundamentados en ideas nuevas y atractivas. Esto también es así en la teoría sinfonológica de los Husted, especialmente en lo que se refiere a la evolución del significado de las normas bioéticas.

Polanyi (1964) propuso que el entendimiento deriva de la conciencia de la totalidad de un fenómeno, que la experiencia vivida es mayor que sus partes separadas y observables. El conocimiento tácito, es decir, implícito, es necesario para comprender e interpretar lo explícito (Polanyi, 1964). Estos conceptos, la singularidad del individuo y la ampliación de la razón y la racionalidad con la perspicacia y el discernimiento para crear una verdadera comprensión, son los fundamentos del método sinfonológico.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

El estudio y el diálogo entre los dos teóricos, junto con la experiencia de la evolución general de la atención sanitaria y la observación de las relaciones individuales entre enfermeras y pacientes, proporcionaron la motivación necesaria para desarrollar la teoría de la sinfonología. La tesis doctoral de G. Husted trataba del efecto que la enseñanza de los principios

éticos tenía en la capacidad del alumno para utilizarlos de forma práctica. J. Husted fue muy práctico al escoger el tema de la tesis y fue elegido como consultor durante el proceso. El desarrollo de la tesis doctoral de G. Husted dio lugar a numerosas publicaciones y conferencias antes de que se publicara la primera edición del libro *Ethical Decision Making in Nursing* en 1991. En esta primera edición, el método sinfonológico se presentaba como un modelo conceptual. A medida que siguieron desarrollando sus ideas, incorporando los comentarios de los estudiantes de posgrado, surgieron los detalles de la teoría sinfonológica. Antes de la publicación de la segunda edición, los Husted (1995a) clarificaron los conceptos teóricos y desarrollaron un modelo aplicable a la práctica.

A partir de 1990, la Duquesne University ofrece un curso dedicado a esta teoría bioética. Los autores siguieron buscando críticas y ejemplos sobre su trabajo entre estudiantes, profesionales y otros expertos. La tercera edición del libro *Ethical Decision Making in Nursing and Healthcare: The Symphonological Approach* (Husted y Husted, 2001) ofrecía una descripción aclarada de la teoría, con los conceptos avanzados separados de los básicos. Además, se hicieron algunos cambios en el modelo para representar mejor la naturaleza no lineal de la teoría cuando se aplicaba a la práctica. La cuarta edición ofrece una mayor clarificación de los conceptos y su integración en la teoría como un todo. Asimismo, el texto se ha reorganizado para presentar los conceptos de simples a más complejos. La quinta edición, publicada en 2015, incluye como coautores a dos antiguos alumnos de doctorado que utilizan el modelo en la práctica y que se incorporaron a su desarrollo y aclaración permanente. En la quinta edición, los conceptos de libertad y autoaserción se fusionan. Los autores consideraban que ambos solo se diferenciaban en el tiempo. Decidieron mantener el término *libertad* porque la mayoría de la gente se siente identificada con ese término.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Iniciativa

La **iniciativa** es la capacidad de un agente para iniciar una acción dirigida a un objetivo elegido. El objetivo compartido por la enfermera y el paciente es restaurar la iniciativa del paciente (Husted et al., 2015).

Contexto

El «**contexto**» es el entramado de los hechos relevantes de una situación» (Husted et al., 2015, p. 77). Hay tres tipos de contexto que están interrelacionados entre sí: el contexto de la situación, el contexto del conocimiento y el contexto de la conciencia de un individuo. El contexto de la situación incluye todos los aspectos de esta que sirven para comprender la situación y contribuyen a actuar de forma eficaz en ella. El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente en el individuo, que incluye factores habitualmente

encontrados en la situación. El contexto de la conciencia del individuo es donde se interrelacionan los dos primeros contextos. Es la conciencia actual de un agente de todos los aspectos relevantes de la situación (conocimientos y circunstancias) que son necesarios para comprender y actuar eficazmente en ella (Husted et al., 2015).

Entorno-acuerdo

El **entorno** establecido por la sinfonología se forma por acuerdo dentro de un contexto. El **acuerdo** es un estado de conciencia compartido a partir del cual se produce la interacción (Husted et al., 2015). El acuerdo crea el espacio en el cual tiene lugar el trabajo de enfermería y todas las demás interacciones personales. Todos los acuerdos están dirigidos hacia una meta final que debe alcanzarse a través de una interacción que se ve posibilitada por la comprensión.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente se forma mediante la satisfacción de las necesidades del profesional y del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente desempeñan un papel central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo, no habría un contexto para la interacción entre los dos; la relación sería ininteligible para ambos (Husted y Husted, 1999).

Salud

La **salud** es un concepto aplicable a cada uno de los aspectos de la vida de una persona. Salud es no solo el mantenimiento del estado físico del cuerpo, sino también la consecución de la felicidad. La felicidad se hace realidad cuando los individuos persiguen y progresan hacia los objetivos de su plan de vida elegido (Husted y Husted, 2001). La salud es evidente cuando el individuo experimenta, expresa y se compromete con las normas bioéticas fundamentales.

Enfermería

Una enfermera actúa como agente del paciente, haciendo por su paciente lo que él haría por sí mismo si fuera capaz (Husted et al., 2015). La responsabilidad ética de la enfermera es fomentar y fortalecer aquellas cualidades del paciente que

promueven la vida, la salud y el bienestar a través de su interacción (Fedorka y Husted, 2004).

Persona-paciente

Una persona es un individuo con una estructura de carácter única, que posee el derecho a perseguir los objetivos vitales como él mismo elija (Husted et al., 2015). Estas características son exclusivas de un individuo y también pueden ser compartidas por otros (Husted y Husted, 2008). Los objetivos vitales están relacionados con la supervivencia y con la calidad de vida. Una **persona** adopta el papel de **paciente** cuando experimenta una pérdida o una disminución de la iniciativa que se traduce en una incapacidad para realizar las acciones necesarias para garantizar su supervivencia o felicidad (Husted y Husted, 1998).

Derechos

Los derechos son el producto de un acuerdo implícito entre seres racionales, en virtud de su racionalidad, no de obtener acciones o el producto de las acciones de otros, excepto a través del consentimiento voluntario, obtenido de manera objetiva (Husted et al., 2015). El término singular **derechos** representa el acuerdo crítico de no agresión entre personas racionales (Husted y Husted, 1997b).

A medida que surgía la teoría, la necesidad de hacer hincapié en el individuo se hizo evidente y esencial. En los últimos años, se ha convertido en una práctica aceptada en la bibliografía sobre enfermería designar al paciente y a la enfermera como «él/ella» o simplemente utilizar la forma plural, refiriéndose a las enfermeras y sus pacientes. Los Husted opinan que esto distrae al lector y le impide pensar en personas reales que interactúan dentro del contexto de una situación particular. Por ello, optaron por referirse a los individuos como *él*, en el caso de los pacientes, y *ella*, en el caso de los profesionales sanitarios en situaciones y ejemplos concretos. Este capítulo sigue con esta práctica.

PRINCIPALES PREMISAS

Las premisas de esta teoría surgen del razonamiento práctico. El modelo pretende proporcionar a las enfermeras y otros profesionales sanitarios un método lógico para determinar qué acciones son más apropiadas desde el punto de vista ético. Si bien muchos de estos términos son familiares para las enfermeras y otros profesionales sanitarios, algunos han sido redefinidos por los autores para explicar la interacción humana y el cuidado ético de la salud.

Enfermería

La sinfonología sostiene que una enfermera o cualquier otro profesional sanitario actúa como agente del paciente. Utilizando

su formación teórica y su experiencia práctica, la enfermera hace por el paciente lo mismo que este haría por sí mismo si pudiera. La enfermería no puede existir sin la presencia de la enfermera y el paciente. «Una enfermera no realiza acciones que no sean interacciones» (Husted y Husted, 2001, p. 37). La responsabilidad ética de la enfermera es fomentar y fortalecer aquellas cualidades del paciente que favorecen la vida, la salud y el bienestar a través de su interacción (Fedorka y Husted, 2004).

La iniciativa es la capacidad de un agente para actuar hacia un objetivo elegido. La enfermera, en tanto que agente del paciente, actúa porque este no puede hacerlo por sí mismo. El objetivo compartido por la enfermera y el paciente es restaurar la iniciativa y la capacidad del paciente. La enfermera actúa con y para el paciente para lograr este objetivo.

Persona

Los Husted definen a la *persona* como un individuo con una estructura de carácter única que tiene el derecho de perseguir objetivos vitales como él mismo decida (Husted et al., 2015). Los objetivos vitales tienen que ver con la supervivencia y la mejora de la calidad de vida. Una persona desempeña el papel de paciente cuando ha perdido su capacidad de elegir y de actuar o ha disminuido, por lo que no puede iniciar aquellas acciones que irían a favor de su supervivencia y de su felicidad. La incapacidad para actuar puede deberse a problemas físicos o mentales o a la falta de conocimientos o experiencia (Husted y Husted, 1998).

Salud

La salud no es definida directamente por los Husted. Toda la teoría se basa en un concepto de salud en el sentido más amplio y holístico. La salud es un concepto aplicable a cada uno de los aspectos de la vida de una persona. Salud es no solo el mantenimiento del estado físico del cuerpo, sino también la consecución de la felicidad. La felicidad se consigue cuando los individuos persiguen y progresan hacia los objetivos de su plan de vida elegido (Husted et al., 2015). La salud es evidente cuando el individuo experimenta, expresa y se compromete con las normas bioéticas fundamentales.

Entorno

El entorno establecido por la sinfonología se forma por el acuerdo. «El acuerdo es un estado de conciencia compartido a partir del cual se produce la interacción» (Husted et al., 2015, p. 32). El acuerdo crea el espacio en el cual tiene lugar el trabajo de enfermería y todas las demás interacciones personales. Todos los acuerdos están dirigidos hacia una meta final que debe alcanzarse a través de una interacción que se ve posibilitada por la comprensión.

El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente se forma mediante la satisfacción de las necesidades del profesional y del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente desempeñan un papel central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo, no habría contexto para la interacción entre ambos. La relación sería ininteligible para ambos (Husted y Husted, 1999).

La teoría sinfonológica es un método que sirve para determinar qué es práctico y justificable en lo que respecta a la dimensión ética de la práctica profesional. La sinfonología parte del punto de vista de que lo que es posible y deseable en el acuerdo depende del contexto. El contexto es el entramado de los hechos relevantes de una situación, los hechos sobre los que es necesario actuar para conseguir un resultado deseado (Husted y Husted, 2001).

Hay tres elementos del contexto interrelacionados: 1) el contexto de la situación; 2) el contexto del conocimiento, y 3) el contexto de la conciencia. El contexto de la situación incluye todos los hechos relacionados con la situación que sirven para comprenderla y poner en marcha las acciones que ayudan a actuar con eficacia en dicha situación. El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente del agente de los hechos relevantes de la situación. El contexto de la conciencia representa una integración de la conciencia del agente sobre los hechos de la situación y su conocimiento preexistente sobre cómo tratar estos hechos de la manera más eficaz (Husted y Husted, 2008).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La sinfonología puede clasificarse como una gran teoría o una filosofía debido a su amplio alcance. Las grandes teorías estructuran objetivos relacionados con una visión específica de la

disciplina (Walker y Avant, 2011). Las grandes teorías son más amplias que los modelos conceptuales y pueden utilizarse como modelo para orientar la práctica y la investigación (Fawcett y Garity, 2009). Los autores desarrollaron la sinfonología basándose en el reconocimiento de que era necesario disponer de directrices teóricas para constituir un sistema ético que fuera aplicable a los cuidados de salud. La comprensión y el uso de esta teoría se basan en un elemento ético fundamental que describe la base racional de las relaciones que se establecen entre los seres humanos: los derechos humanos.

Derechos

Los Husted describen los *derechos* como el elemento ético fundamental. Tradicionalmente, los derechos se han considerado como una lista de opciones de las cuales los individuos eran titulares, una lista de elementos o acciones que los individuos tenían el derecho de realizar. La sinfonología considera los derechos como un concepto unitario. Se trata de acuerdo implícito en la especie humana de que nadie puede obligar a otra persona a actuar o a hacer algo de una determinada manera y de que nadie se apropiará por la fuerza del producto resultante de la acción de otro. Los derechos se consideran el acuerdo crítico entre personas racionales, el acuerdo de no agresión (Husted y Husted, 1997a). Este acuerdo aparece cuando los seres humanos se vuelven racionales y crean una estructura social civilizada. El acuerdo de no agresión es un prerequisite para todas las interacciones humanas civilizadas. Sirve de base a todos los demás acuerdos que los seres humanos puedan establecer. La definición formal es la siguiente: «El producto de un acuerdo implícito entre seres racionales, celebrado en virtud de su racionalidad, que consiste en abstenerse de conseguir que los demás realicen acciones o de aprovecharse de los productos de dichas acciones, a no ser que se obtenga de forma objetiva el consentimiento voluntario del otro» (Husted et al., 2015, p. 20). La operatividad de esta definición es evidente en la interacción humana.

La teoría sinfonológica puede garantizar una actuación ética en la prestación de la asistencia sanitaria. El acuerdo es la base de la sinfonología. Los acuerdos son posibles sobre la base de la comprensión implícita de los derechos humanos. La comprensión de la necesidad de no agresión que existe entre las personas racionales constituye la base de los derechos humanos. Esta comprensión hace que la negociación y la cooperación entre los seres humanos sean posibles.

Normas éticas

Las normas éticas han sido el punto de referencia del comportamiento ético. Estas normas incluyen términos que son familiares al profesional sanitario, como hacer el bien y evitar el mal, veracidad y confidencialidad. Sin embargo, Husted et al. (2015) han concebido nuevos significados para las normas éticas que se corresponden con los conceptos básicos de la sinfonología: la persona como individuo único y el uso de la perspicacia y el discernimiento, además de la razón y la racionalidad, para lograr una comprensión más profunda.

Tradicionalmente, los conceptos bioéticos se han utilizado para orientar la acción ética mediante el establecimiento de directrices concretas de actuación. Por ejemplo, el concepto de hacer el bien mantiene convencionalmente que el profesional sanitario debe intentar por todos los medios no causar daño al paciente. Sin embargo, no siempre es posible predecir cómo y cuándo se producirá el daño que se intenta evitar. Por esta razón, el principio de no hacer daño constituye una meta poco realista. Considerado como un mandato, este principio podría significar también que no es ético que el profesional sanitario se defienda cuando un paciente le agrede físicamente. Asimismo, el principio de veracidad (decir la verdad) sostiene que uno debe decir siempre la verdad sin tener en cuenta las consecuencias. Por tanto, no es ético guardar silencio sobre determinada información que puede ser perjudicial. En consecuencia, el principio de veracidad puede interferir en el principio de hacer siempre el bien. Parece claro, por tanto, que la aplicación de las normas éticas tomadas como directivas concretas no permite tener en cuenta el contexto.

Las normas éticas se han redefinido, no como reglas concretas, sino como cualidades humanas o estructuras del carácter que pueden y deben ser reconocidas y respetadas en el individuo (Husted y Husted, 1995b). Por ejemplo, en términos de la teoría sinfonológica, el principio de hacer el bien y evitar el mal incluye la idea de actuar teniendo en cuenta lo que puede ser más beneficioso para el paciente, pero debe partirse de la base de aquello que el paciente considera más beneficioso para él. De esta forma, las normas éticas se convierten en presupuestos del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente, y las decisiones éticas sirven para la toma de decisiones. Los participantes trabajan juntos con la idea implícita de que cada uno posee una serie de características humanas. La denominación y las características de las normas bioéticas han ido cambiando a lo largo del tiempo debido a la retroalimentación que han ido aportando los profesionales. La teoría sinfonológica sostiene que el paciente tiene derecho a recibir los beneficios contenidos en las normas bioéticas. En el [cuadro 26.1](#) se presentan algunas definiciones y ejemplos de normas bioéticas.

Del mismo modo que las normas bioéticas no deben considerarse directivas concretas, tampoco son entidades independientes. Cada norma se mezcla y se solapa con las otras en la medida en que es representativa de la estructura del carácter único de un individuo. Como ya se ha mencionado, el reconocimiento de estas normas es un prerrequisito para el acuerdo implícito entre el paciente y el profesional sanitario. Cuando se reconocen y se respetan en cada individuo, estas cualidades y capacidades humanas constituyen la base de la interacción ética. Cuando no se tienen en cuenta, se pierde el contexto de la situación. La interacción se basa entonces en cualquier cosa que indiquen unas directivas concretas o en el capricho de los participantes.

Certeza

Hay circunstancias en la asistencia sanitaria en las que un paciente es incapaz de comunicar su estructura de carácter único, como en el caso de un bebé o un paciente en coma. El

CUADRO 26.1 Normas bioéticas

Autonomía

Autonomía es la unicidad del individuo, la estructura de carácter singular del individuo. Toda persona tiene derecho a actuar según sus propósitos únicos e independientes.

Hacer el bien y evitar el mal (beneficencia)

Beneficencia es la capacidad de actuar para conseguir los beneficios deseados y las necesidades vitales. Cada persona puede actuar para obtener lo que necesita y prefiere.

Fidelidad

Fidelidad es la lealtad de un individuo a su propia singularidad. Todas las personas tienen derecho a mantener, gestionar y mejorar su vida. Para el profesional sanitario, la fidelidad al acuerdo implica el compromiso con las obligaciones aceptadas en el rol profesional.

Libertad

Libertad es la capacidad y el derecho de actuar en función de la propia evaluación de la situación por parte del agente. Cada persona puede elegir su curso de acción sin interferencias.

Objetividad

Objetividad es el derecho a tener una conciencia objetiva y a actuar en consecuencia. Cada persona tiene una conciencia y una percepción del universo que existe fuera de ella. Cada persona tiene derecho a gestionar, mantener y sostener este entendimiento como quiera.

profesional sanitario tiene que interactuar con pacientes procedentes de diferentes culturas, que hablan un idioma distinto al del profesional sanitario. En estos casos, las normas bioéticas pueden proporcionar cierto grado de certeza cuando no se puede obtener un conocimiento sobre el carácter específico del paciente.

«Si no se sabe nada de la singularidad de un individuo, entonces está justificado actuar partiendo de la base de que, como miembro de la especie humana, comparte mucho en común con todos los demás individuos.»

(Fedorka y Husted, 2004, p. 58)

Estos elementos comunes son las normas bioéticas. Cada persona necesita tener la capacidad suficiente como para actuar de acuerdo con su naturaleza única e irrepetible, así como la capacidad de conocer objetivamente su entorno y disponer de su tiempo y esfuerzos, intentar conseguir el máximo beneficio para sí mismo y evitar el daño. Cuando no se dispone de más información, está justificado que las enfermeras y otros profesionales sanitarios hagan todo lo que esté en sus manos para restaurar estas capacidades del paciente.

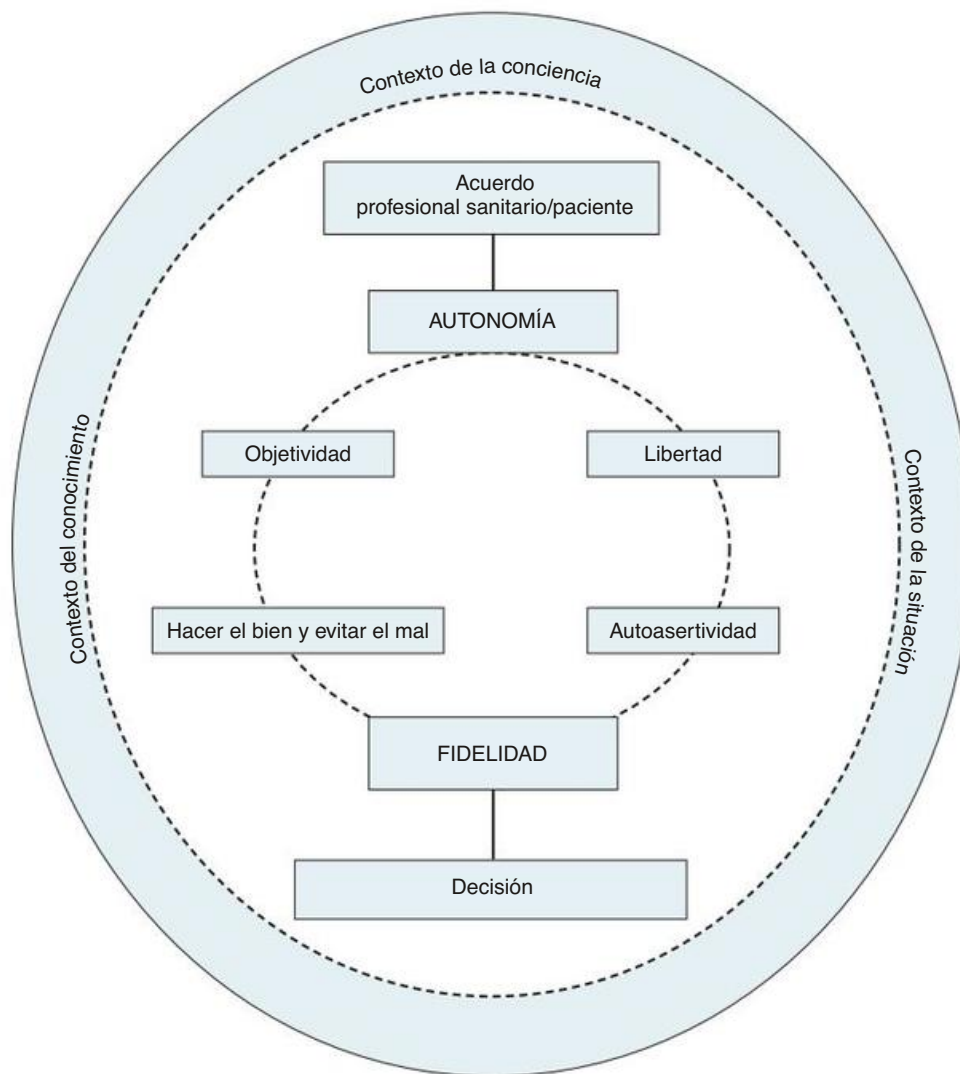


Fig. 26.1 Modelo para la toma de decisiones bioéticas. (Husted, G. L., Husted, J. H., Scotto, C., & Wolf, K. [2015]. *Ethical decision making in nursing and healthcare* [5th ed.]. New York: Springer.)

Modelo de toma de decisiones

En la [figura 26.1](#) se muestra la forma en que los conceptos de la teoría interactúan con la toma de decisiones directa. Los elementos de la toma de decisiones éticas interactúan de la siguiente manera:

- Una persona es un ser racional con una estructura de carácter única. Cada persona tiene derecho a elegir y seguir, sin interferencias, un curso de acción de acuerdo con sus necesidades y deseos.
- Los acuerdos entre los individuos se demuestran mediante un estado de conciencia compartido dirigido hacia un objetivo.

- El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente está dirigido a preservar y mejorar la vida del paciente.
- El contexto es la base para determinar qué acciones son éticas dentro del acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente. «El contexto es el entrelazamiento de los hechos relevantes de la situación, es decir, los hechos sobre los que es necesario actuar para obtener un resultado deseado, la conciencia del agente de estos hechos y el conocimiento que tiene un agente sobre la forma más eficaz de tratar estos hechos» (Husted y Husted, 2008, p. 68). De este modo, no existen principios éticos universales.

- Las decisiones éticas son el resultado de razonar desde el contexto hasta una decisión, en lugar de aplicar una decisión o un principio a una situación sin tener en cuenta el contexto.

Los Husted describieron la aplicación y la práctica final de estos supuestos por parte de los profesionales sanitarios de la siguiente manera. El profesional debe comprender y realizar su trabajo con la siguiente filosofía:

«Las virtudes de mi paciente (autonomía) son tales que se dirige hacia su meta (libertad) en estas circunstancias (objetividad) por esta razón (beneficencia). Mis capacidades como profesional (autonomía) son tales que debo actuar con el paciente (libertad interactiva) para ayudarle (a su libertad) dentro de las posibilidades (de hacer el bien y evitar el mal) en sus circunstancias, con el fin de que obtenga todo el beneficio que sea posible (mediante la conciencia objetiva).»

(Husted y Husted, 2001, p. 154)

PLANTEAMIENTO LÓGICO

El razonamiento abductivo, al igual que la inducción y la deducción, sigue un patrón:

- A es un conjunto de datos (el proceso de discernimiento de la acción ética).
- B (si es cierto) explica A (sinfonología).
- Ninguna otra hipótesis explica A tan bien como lo hace B (métodos tradicionales).
- Por lo tanto, B probablemente sea correcta.

La fuerza de una conclusión abductiva depende de la solidez con la que B pueda sostenerse por sí misma, de la medida en que B sea más clara que las alternativas, de lo exhaustiva que haya sido la búsqueda de alternativas, del coste derivado del hecho de que B no fuese correcta, de los beneficios derivados del hecho de que B fuera correcta y de la medida en que sea necesario llegar a una conclusión (Josephson y Josephson, 1994).

El método abductivo es evidente en los inicios y en la evolución de la sinfonología. La fuerza de esta teoría también es evidente. Los conceptos de la sinfonología pueden observarse claramente no solo en el contexto de la asistencia sanitaria, sino también en otros ámbitos de la vida. Está claro que la acción ética basada en el contexto constituido por las circunstancias particulares de un individuo es muy superior a la imposición de directivas éticas concretas que, muchas veces, se contradicen unas a otras o tienen poca relación con la situación en la que nos encontramos. El estudio extenso realizado por los autores de la filosofía del conocimiento, de la ciencia y de la condición humana avala la búsqueda exhaustiva de respuestas alternativas. El beneficio para el paciente y el profesional sanitario que se deriva de utilizar una ética basada en la práctica es incommensurable. Por último, hay que tener en

cuenta que es de la máxima importancia desarrollar una acción ética en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Desde el desarrollo inicial de la sinfonología, el razonamiento inductivo basado en la observación y en los comentarios de los profesionales ha permitido perfeccionar los conceptos y aclarar las relaciones entre ellos.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

El modelo sinfonológico de Husted para la toma de decisiones éticas (Husted y Husted, 2001) se desarrolló como un modelo de práctica para aplicar los conceptos de la sinfonología. Este modelo, que hace hincapié en la centralidad del individuo y en la necesidad de razonar en función del contexto, es vital para los sistemas de salud existentes y emergentes. El modelo proporciona un marco filosófico para asegurar el proceso de cuidar de manera ética por parte de las enfermeras y otros profesionales sanitarios. Al contrario de lo que sucede con los modelos tradicionales, el modelo sinfonológico proporciona un proceso de toma de decisiones que puede justificarse desde el punto de vista lógico. El North Memorial Medical Center en Robbinsdale, Minnesota, adoptó el modelo para ser utilizado por sus comités de ética de enfermería.

La llamada a los cuidados en la enfermería es fundamental para la profesión. Hartman (1998) afirmó que el cuidado se demuestra cuando las enfermeras reconocen que las normas bioéticas están tan entrelazadas con el cuidado que conforman un círculo perfecto de justificación ética. Enns y Gregory (2007) propusieron que la enfermería está perdiendo la esencia y la práctica de los cuidados debido al cambiante entorno de la atención sanitaria. La sinfonología ofrece un método de atención al paciente basado en la práctica de la siguiente forma:

«Un enfoque basado en la práctica se deriva de la situación de un paciente, del propósito del entorno sanitario y el papel de la enfermera, y por lo tanto pretende ser apropiado. Cuanto más restringe la práctica un sistema ético y en mayor medida se basa en principios abstractos, más separados quedarán la enfermera y el paciente uno de otro.»

(Husted y Husted, 1997b, p. 14)

Muchas enfermeras ejercen su profesión dentro de sistemas sujetos a protocolos y vías críticas. La utilización del método sinfonológico puede servir para que la práctica de la enfermería sea ética, sin que ello implique que sea prescriptiva. Esto es particularmente importante cuando se considera la toma de decisiones para aquellos que ya no pueden tomar decisiones por sí mismos (Gropelli, 2005). A menudo, los pacientes en urgencias clínicas no son capaces de participar en la toma de decisiones. La sinfonología ofrece un método para

garantizar que las conclusiones y acciones éticas se basen en los mejores intereses del individuo (Fedorka y Husted, 2004).

Ofrecer una asistencia culturalmente sensible es cada vez más importante a medida que nuestros sistemas sanitarios cambian en respuesta a una sociedad global (Chenoweth et al., 2006; Wehbe-Alamah, 2008; Zoucha y Broome, 2008). Si bien los factores culturales pueden ser útiles para organizar la atención al paciente, las enfermeras también deben tener en cuenta el grado de compromiso que cada paciente tiene con las creencias y valores tradicionales de su cultura. De este modo, la enfermera proporciona cuidados al paciente en lugar de a la cultura a la que pertenece (Zoucha y Husted, 2000). Utilizando el modelo de los Husted, la atención de enfermería se lleva a cabo dentro del contexto configurado por las circunstancias concretas del paciente. Se evita la imposición de un contexto falso, cultural o de otro tipo. Brown (2001b) abogó por el uso de la teoría sinfonológica para dirigir la discusión y la educación del paciente con respecto a las voluntades anticipadas. Las normas bioéticas se utilizan como guía de la discusión sobre qué tipo de tratamiento aceptaría el paciente en determinadas circunstancias. Hardt (2004) propuso una intervención para las enfermeras en los dilemas éticos. La aparición de equipos de salud como método de atención exhaustiva consigue que muchos especialistas diferentes colaboren para atender a las necesidades de los pacientes. El solapamiento de funciones y el desacuerdo sobre los objetivos que deben plantearse pueden causar una gran confusión entre los miembros del equipo. La sinfonología se centra en el paciente, por lo que puede servir como un punto de partida común para iniciar y mejorar la colaboración de los diferentes profesionales sanitarios que forman el equipo de salud. La sinfonología puede aplicarse a todas las disciplinas sanitarias. Khechane (2008) elaboró un modelo de práctica pastoral basado en la sinfonología. Mediante la utilización del modelo de toma de decisiones, los profesionales de los cuidados pastorales proporcionan alivio a los que sufren por medio de las normas bioéticas.

Formación

La difusión de la sinfonología facilita su integración en la formación en enfermería. Cada vez es más amplio el conjunto de estudios sobre ética incluidos en los planes educativos de la enfermería, no ya como un tema independiente, sobre todo entre los estudiantes de enfermería avanzada. La amplia aplicabilidad de la sinfonología hace de ella un marco de trabajo excelente para los planes de estudios de enfermería. Los estudiantes de los primeros cursos pueden comprender y aplicar con facilidad los conceptos teóricos. Mediante el empleo de esta teoría como base para las interacciones de enfermería se dirige al estudiante en la práctica ética desde el principio de su aprendizaje. El concepto de contexto puede utilizarse como base para la valoración. Las normas bioéticas dirigen al estudiante en la elección de los enfoques apropiados, los tiempos y el tipo de intervenciones para cada paciente. Dado su enfoque holístico y su preocupación central por el paciente, la sin-

fonología puede incorporarse con facilidad en los planes de estudios existentes de enfermería.

Brown (2001a) señaló la importancia de la interacción ética entre el profesor y el alumno de enfermería. El acuerdo, en este caso, es más explícito, dado que ambas partes son más conscientes de los compromisos y responsabilidades. El reconocimiento de las normas bioéticas tanto en el profesor como en el alumno sirve para orientar las acciones éticas entre ellos. Sobre todo, el profesor y el alumno recuerdan que el acuerdo profesor-alumno-paciente es fundamental en el proceso de aprendizaje.

El modelo de Husted no solo identifica y organiza los valores profesionales y los principios éticos para los alumnos, sino que también ayuda al profesor a desarrollar una orientación ética profesional coherente. Cutilli (2009) utilizó aplicaciones de casos clínicos con el enfoque de la teoría sinfonológica para la educación de pacientes y familiares. Burger et al. (2014) utilizaron el modelo de Husted para analizar la falta de urbanidad entre los profesionales en formación. El modelo aporta un mecanismo basado en unos estándares bioéticos para explorar las interacciones y facilita la toma de decisiones éticas dentro de las interacciones. Este trabajo llevó a la conclusión de que la integración de la ética en la educación es clave para la formación de las enfermeras.

Gestión

Los administradores sanitarios toman decisiones a varios niveles. Estos profesionales son responsables de la comunidad en su totalidad y de la viabilidad económica de los centros de la comunidad, los profesionales y las personas atendidas. Iloghalu (2019) desarrolló un modelo de toma de decisiones para administradores de asistencia sanitaria a partir de datos cualitativos de documentos académicos con revisores externos, informes, registros públicos y artículos de revistas. El modelo surgió para alinearse con los principios de la sinfonología en apoyo del trabajo anterior de Hardt (2001). Hardt (2004) describió cómo los administradores utilizan los principios de la sinfonología para guiar su toma de decisiones y producir unos resultados éticamente justificables. A nivel comunitario e institucional se plantean los servicios necesarios que realiza la institución. En aquellos casos en los cuales las distintas instituciones sanitarias no pueden prestar estos servicios, se deben buscar otros recursos disponibles en la zona y centralizarlos en el centro de salud de tal forma que este no tenga que hacer un esfuerzo económico que lo sobrepase. En lo que respecta a trabajadores, la preocupación de los administradores abarca tanto las relaciones interpersonales como la calidad del cuidado que se presta. La sinfonología sirve para orientar las decisiones a fin de encontrar soluciones equitativas. Por ejemplo, un trabajador puede librarse de una dura sanción laboral por absentismo si es capaz de demostrar que las circunstancias en las que trabaja le han llevado a un estado de agotamiento tal que no puede asistir al trabajo. Esto también es así en lo que respecta a la política con respecto al comportamiento de los trabajadores. La política ética proporciona directrices que permiten estudiar la situación,

y lo hace mejor que las reglas prescritas que contienen directivas concretas de actuación. Con respecto a los pacientes, los gestores actúan como modelos y asesores cuando se trata de resolver problemas éticos.

Hardt (2001) describió las situaciones problemáticas que se dan en los sistemas de asistencia restringida. Entre estas dificultades se encuentran la negativa de la institución a proporcionar asistencia sanitaria a un paciente que, según los profesionales sanitarios, debe ser atendido teniendo en cuenta su estado de salud y las demandas inadecuadas de asistencia que muchas veces hacen los pacientes y los familiares. Utilizando los principios de la sinfonología, los profesionales sanitarios pueden analizar el contexto y determinar cuál o cuáles son las acciones éticas apropiadas en cada caso, en el marco de los acuerdos implícitos y explícitos.

Los administradores y gestores de enfermería también pueden utilizar la sinfonología para mediar en situaciones inapropiadas entre los pacientes y las enfermeras (Bavier, 2007); por ejemplo, los casos en los que los pacientes desean hacer un regalo inadecuado como muestra de agradecimiento a una enfermera concreta.

Investigación

La sinfonología en la investigación es útil en relación con el acuerdo investigador-sujeto. La relación profesional sanitario-paciente es, hasta cierto punto, implícita; sin embargo, la relación entre el investigador y el sujeto debe ser totalmente explícita. Brown (2001c) sugirió utilizar las normas bioéticas para desarrollar un protocolo de consentimiento informado ético. Especialmente cuando el investigador trabaja con poblaciones vulnerables, el consentimiento de la persona que representa al sujeto es más aceptable y se puede obtener más fácilmente si se utilizan las normas bioéticas para hacer que el bien del sujeto pase a un primer plano.

La teoría se ha utilizado como marco conceptual en estudios de investigación para examinar y explicar las relaciones entre conceptos comunes de enfermería como la cultura de seguridad, defensa y determinadas variables de resultados de enfermería (DiCuccio, 2018). Además, la sinfonología se ha utilizado para comenzar a explicar los resultados de los estudios cualitativos que exploran las experiencias vividas de las pacientes con preeclampsia (Chen y Yang, 2018) y la experiencia de las enfermeras de cuidados paliativos (Xia y Hailun, 2018).

EVOLUCIÓN

La comprobación inicial de la teoría sinfonológica incluyó dos fases. En primer lugar, en un estudio cualitativo se analizaron las percepciones y la satisfacción de las enfermeras y los pacientes, así como de sus allegados, al participar en la toma de decisiones éticas en materia de atención sanitaria (Husted, 2001). Los resultados de este estudio se utilizaron para desarrollar escalas analógicas visuales con el fin de medir las opiniones y sentimientos de las enfermeras y de los pacientes. En la segunda fase, se realizó un estudio piloto para evaluar estas

escalas. El alfa de Cronbach fue de 0,74 para el instrumento de la enfermera y de 0,82 para el del paciente (Husted, 2004).

Irwin (2004) utilizó una muestra de 30 sujetos que participaron en el proceso de toma de diversas decisiones sobre la asistencia sanitaria y el tratamiento durante la hospitalización en una unidad de pacientes agudos. El estudio tenía como objetivo determinar lo siguiente: 1) si los conceptos clave de la teoría sinfonológica describían bien la experiencia de los sujetos que se ven implicados en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la asistencia sanitaria, y 2) si la aplicación del modelo de toma de decisiones permitía a las enfermeras y a los pacientes tomar decisiones éticamente justificables. Los resultados de este estudio indican que los pacientes expresaban todos los conceptos de la sinfonología cuando hablaban de las experiencias que habían tenido en la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con la asistencia sanitaria. El análisis estadístico de las puntuaciones pretest y posttest en la Escala de Preferencias en la Toma de Decisiones Bioéticas para los pacientes demostró que los sujetos tenían una experiencia más positiva si habían participado en la toma de decisiones ($p = 0,02$), pensaban que contaban con más conocimientos ($p = 0,013$), referían menos frustración ($p = 0,014$) y tenían más sensación de poder ($p = 0,009$) después de la intervención. Estos resultados hablan a favor de la validez de la teoría sinfonológica. La teoría puede utilizarse para describir la experiencia de participar en la toma de decisiones, y la sinfonología es útil como modelo para ayudar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones.

Un estudiante de posgrado utilizó la herramienta visual analógica de enfermería para descubrir cómo se sentían las enfermeras cuando hacían frente a aspectos de revelación con los pacientes y obtuvo un valor de la alfa de Cronbach de 0,82 (Bavier, 2003). La teoría sigue comprobándose; un estudiante de doctorado analizó los datos de un estudio diseñado para determinar el efecto de una intervención educativa basada en la sinfonología sobre el rendimiento de la toma de decisiones éticas de estudiantes de enfermería de nivel avanzado, y comparó la comprensión de los estudiantes de la aplicación de la sinfonología con la de otras teorías (Mráz, 2012).

CRÍTICA

Claridad

En *Ethical Decision Making in Nursing* (Husted y Husted, 1995a), los autores presentaron los conceptos emergentes de la sinfonología y las relaciones entre los conceptos. El libro puede resultar difícil de seguir para enfermeras principiantes porque los conceptos más profundos, supuestamente dirigidos a profesionales avanzados, están incluidos junto con las ideas básicas. La tercera edición, llamada *Ethical Decision Making in Nursing and Healthcare: The Symphonological Approach*, comienza con los conceptos básicos necesarios para entender y utilizar la teoría y luego pasa a conceptos avanzados en secciones posteriores (Husted y Husted, 2001). Además de esta

mejora, en la tercera edición se observa una mayor claridad en todos los conceptos, especialmente en lo que respecta a las normas bioéticas. Las tablas y figuras de la cuarta edición ofrecen una claridad aún mayor, además de incluir un manual de fácil manejo para el profesor.

Esta obra cuestiona los métodos tradicionales de pensamiento y exige que el lector desarrolle una nueva comprensión de conceptos conocidos. La presentación de casos y ejemplos ofrece al lector la posibilidad de reconocer y comprender la importancia de manejar los conceptos tradicionales de una forma diferente y más amplia. El libro está escrito en tono de conversación, lo que lo hace más atractivo y facilita la comprensión de un tema de por sí complicado.

Sencillez

Los autores cuestionan en primer lugar la veracidad y eficacia de las ideas tradicionales sobre el comportamiento ético y la toma de decisiones. Esta cuestión es sencilla si el lector se muestra dispuesto a mirar sin prejuicios y de forma diferente los sucesos propios de la enfermería. Una vez que el lector acepta el reto, la sencillez de la teoría es evidente. Hay pocos conceptos y la relación lógica entre ellos se puede comprender fácilmente a partir de las definiciones. El modelo muestra claramente los elementos que componen el proceso de razonamiento ético y la forma en la que estos elementos se relacionan entre sí.

Generalidad

La sinfonología es aplicable en todos los niveles de la práctica enfermera y en todos los ámbitos de la atención sanitaria. Los principios de la teoría pueden aplicarse a la relación entre la enfermera y el paciente, entre el investigador y el sujeto, entre el gestor de los servicios sanitarios y el trabajador, y entre el profesor y el alumno. Cualquier profesional sanitario puede

utilizar la sinfonología para determinar los comportamientos éticos adecuados en su práctica profesional. También puede utilizarse para establecer estrategias de asistencia sanitaria en las que estén implicadas cuestiones éticas. En realidad, se trata de una teoría que puede aplicarse en cualquier área de la vida, dependiendo de la naturaleza del acuerdo entre las partes implicadas.

Accesibilidad

La sinfonología es una teoría fundamentada en principios éticos y basada en la realidad. Las pruebas han respaldado el uso de la teoría en la investigación de decisiones en la práctica enfermera, y la realidad de la utilidad de la teoría en la práctica resulta evidente. Los profesionales de enfermería y de atención sanitaria en general pueden comprender con facilidad los conceptos y aplicarlos a todas las situaciones. El resultado de utilizar el modelo sinfonológico es una decisión centrada en el paciente y justificada éticamente.

Importancia

Ser capaz de identificar las acciones éticas en la atención sanitaria es de vital importancia para los pacientes, los profesionales sanitarios y la propia industria sanitaria. La comprensión de los dilemas éticos de la práctica de la enfermería es importante para la formación, la investigación y la práctica en esta disciplina. Antes de que un profesional de enfermería o de cualquier ámbito de la atención sanitaria ejecute una acción (con independencia de la eficacia que haya tenido dicha acción en el pasado), es preciso justificarla desde un punto de vista ético para el paciente de que se trate. La confianza en directivas concretas que guíen la acción es útil para dichas directivas, pero solo sirve al paciente por casualidad. Por tanto, es esencial aplicar una teoría ética basada en la práctica para ejercer la enfermería y la atención sanitaria.

RESUMEN

Los Husted reconocieron que los métodos tradicionales de toma de decisiones eran insuficientes para abordar los problemas bioéticos que surgían en el sistema de asistencia sanitaria, en continuo cambio. Por esta razón, los autores desarrollaron una teoría ética y un modelo para la toma de decisiones basados en una combinación del pensamiento racional, por un lado, y los principios éticos, la intuición y la comprensión, por otro. La teoría se basa en el concepto específico de los derechos humanos, considerados como el acuerdo esencial de que no se produzcan agresiones entre seres racionales, un acuerdo que, a su vez, es el fundamento de cualquier forma de interacción humana. Teniendo en cuenta esto, el paciente y el profesional

sanitario pueden y deben llegar a un acuerdo para actuar teniendo como meta los objetivos del primero. Un prerrequisito para que este acuerdo pueda tener lugar es el reconocimiento y el respeto hacia la persona, considerada como una estructura única e irrepetible de la que derivan una serie de propiedades, como la libertad, la objetividad, la intención de hacer el bien y evitar el mal, y la fidelidad. Las decisiones éticas se toman en el contexto de una situación concreta, utilizando para ello el conocimiento que deriva de la propia situación. La teoría sinfonológica y el modelo para la práctica permiten tomar decisiones éticamente justificables e individualizadas.

CASO CLÍNICO

Alvin, de 66 años, lleva 12 semanas en el hospital por politraumatismos tras haber sufrido un accidente de tráfico. Su estado ha ido empeorando día a día y el pronóstico es muy grave. No está plenamente consciente, pero hace muecas con la cara y retira el cuerpo cuando se le aplica un estímulo doloroso. Antes de sufrir el accidente, Alvin había firmado un testamento vital y habló con su familia sobre su deseo de no ser mantenido con vida en caso de estar gravemente enfermo o traumatizado y de que no fuera posible conseguir la recuperación. Los profesionales sanitarios que atienden a Alvin le han dicho a la familia que, a pesar del tratamiento intenso al que está siendo sometido el paciente, muchos órganos y sistemas del organismo están fallando. Incluso en el caso de que Alvin sobreviviera, no hay ninguna posibilidad de que pueda vivir sin la ayuda permanente de un respirador mecánico, debido a que sus pulmones han quedado muy dañados. Los profesionales sanitarios recomiendan tratamiento de apoyo y no dar orden de reanimación. La mayoría de los miembros de la familia expresan su deseo de que el

paciente esté cómodo y sin molestias. Dos miembros de la familia creen que Alvin sobrevivirá y se recuperará. Rechazan la sugerencia del equipo y exigen que Alvin reciba todos los tratamientos disponibles para mantenerlo con vida.

Análisis del caso

- Autonomía: los deseos de Alvin deben tener prioridad sobre los de sus familiares.
- Libertad: no tener en cuenta los deseos de Alvin constituye una violación de su libertad.
- Objetividad: los sentimientos subjetivos de dos miembros de la familia entran en conflicto con la realidad objetiva. En las decisiones éticas solo se tienen en cuenta los sentimientos del paciente.
- Beneficencia: los objetivos del paciente no pueden obtenerse con un tratamiento agresivo; sin embargo, el tratamiento agresivo puede causar un daño mayor al paciente.
- Fidelidad: el acuerdo al que llegó el profesional sanitario con Alvin fue que actuaría como su agente en la búsqueda de objetivos alcanzables.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Utilizando el modelo de Husted, analice las siguientes situaciones éticas:

1. Cristina, de 46 años, lleva 2 semanas en el hospital tras sufrir un traumatismo. Se encuentra en un estado muy grave, pero ha empezado a mostrar signos de recuperación. Los profesionales sanitarios que la atienden dicen que necesita una transfusión, ya que de esta forma seguiría recuperándose. Sin embargo, Cristina y su familia pertenecen a una comunidad religiosa que prohíbe las transfusiones. El marido de la paciente y un líder religioso de la comunidad que profesa Cristina han dejado claro que no se realizará ninguna transfusión a la paciente, sean cuales sean las consecuencias. Cuando estas dos personas se van del hospital después de haber visitado a la paciente, Cristina le dice a una enfermera que le gustaría que le hicieran la transfusión, pero solo si no se le dice nada a su familia. ¿Qué debe hacer la enfermera?
2. Ángela, de 34 años, se está muriendo de cáncer de pulmón. A pesar del consejo y el apoyo que recibe, se siente muy asustada. Cuando su muerte es inminente no para de gritar: «¡No me dejéis morir! ¡No me dejéis morir!». A pesar de todos los esfuerzos, Ángela muere antes de que llegue su marido. Al llegar, pregunta: «¿Cómo se sentía? ¿Estaba asustada?» ¿Qué debe decir la enfermera?
3. Johnny, de 7 años de edad, está ingresado en un hospital psiquiátrico con un diagnóstico de tricomanía (hábito compulsivo de arrancarse el cabello). Sus padres están muy preocupados por este comportamiento destructivo y habían sometido al niño a una serie de castigos cada vez que le veían arrancándose el pelo. En el hospital, se ha sorprendido a Johnny varias veces incurriendo en este comportamiento. Cuando los padres llegan al hospital para

visitar a su hijo, preguntan a la enfermera cuántas veces se ha arrancado el pelo. ¿Qué debe decir la enfermera?

4. Eugene, de 47 años, tiene varias enfermedades crónicas. A pesar de la educación y el apoyo que recibe, se niega a seguir los tratamientos que se le han prescrito. Mark es un enfermero especializado en asistencia domiciliar que visita a Eugene en su casa desde hace varios meses, pero ha progresado poco en ayudar a Eugene a mejorar su salud. Un día, hablando de la necesidad de que el paciente siguiera el tratamiento que se le ha indicado, Eugene le dice a Mark que no piensa cambiar de actitud. ¿Está justificado que Mark solicite el permiso del médico para dejar de ir a casa de Eugene?
5. Agnes es una enfermera que trabaja en una unidad muy ajetreada. El señor Brown es un paciente que frecuentemente le pide a Agnes que deje lo que está haciendo para responder preguntas y realizar tareas para él que no son urgentes. Los otros pacientes se han quejado de que Agnes no los atiende con diligencia. ¿Qué debe hacer Agnes y cómo puede justificar sus acciones?
6. Burt, un paciente maniaco-depresivo de 34 años, vive en un piso tutelado con otras personas. En ocasiones, deja de tomarse los fármacos y desaparece durante semanas. Ha sido arrestado por vagabundo, pero nunca ha sido violento. Dice que le gusta «irse de vacaciones» porque los medicamentos que toma hacen que su vida sea muy aburrida, sosa y difícil. La familia de Burt ha llamado al responsable del piso tutelado para insistir en que Burt debe tomar la medicación todos los días y pedir que se le vigile para asegurarse de que la toma. ¿Qué debería decir el director, y cómo podría justificar las distintas líneas de actuación?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Burger, K., Kramlich, D., Malitas, M., Page-Cuttrara, K., & Whitfield-Harris, L. (2014). Application of the symphonological approach to faculty-to-faculty incivility in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 53(10), 563–568.
- Husted, J., Husted, G., Scotto, C., & Wolf, K. (2015). *Ethical decision making in nursing and healthcare* (5th ed.). New York: Springer.

BIBLIOGRAFÍA

- Bavier, A. (2003). *Types of disclosure discussion between oncology nurses and their patients/families: An exploratory study* [Unpublished manuscript]. Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Bavier, A. (2007). Practice matters. Beyond a box of chocolates. *American Nurse Today*, 11(2), 14–15.
- Brown, B. (2001a). The educator student/patient agreement. In G. L. Husted, & J. H. Husted (Eds.), *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 233–237). New York: Springer.
- Brown, B. (2001b). The professional/patient agreement and advanced directives. In G. L. Husted, & J. H. Husted (Eds.), *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 229–231). New York: Springer.
- Brown, B. (2001c). The researcher/subject agreement. In G. L. Husted, & J. H. Husted (Eds.), *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed., pp. 229–231). New York: Springer.
- Chen, Z., & Yang, N. (2018). *Women's experiences of preeclampsia in pregnancy: A descriptive literature review*. [Student thesis, Bachelor degree]. China: Nursing Department, Medicine and Health College, Lishui University.
- Chenoweth, L., Jeon, Y., Goff, M., & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: An Australian perspective. *International Nursing Reviews*, 53, 34–40.
- Cutilli, C. C. (2009). Ethical considerations in patient and family education: Using the symphonological approach. *Orthopaedic Nursing*, 28(4), 187–192.
- DiCuccio, M. (2018). *The relationship between perceptions of patient safety culture, nurse advocacy, and nurse sensitive patient outcomes* [Doctoral dissertation, Duquesne University]. <https://dsc.duq.edu/etd/1428>.
- Enns, C., & Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: Expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 339–347.
- Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fedorka, P., & Husted, G. L. (2004). Ethical decision making in clinical emergencies. *Topics in Emergency Medicine*, 26, 52–60.
- Gropelli, T. (2005). A decision for Sam. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(1), 45–48.
- Hardt, M. (2001). Core then care: The nursing leader's role in caring. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 37–45.
- Hardt, M. (2004). *Efficacy of a symphonological intervention in promoting a positive experience for nurses and patients experiencing bioethical dilemmas* [Unpublished manuscript]. Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Hartman, R. (1998). Revisiting the call to care: An ethical perspective. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4(2), 14–18.
- Husted, G. L. (2001). The feelings nurses and patients/families experience when faced with the need to make bioethical decisions. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 1–9.
- Husted, G. L. (2004). *The feelings of nurses and patients/families involved in the bioethical decision making process: The psychometric testing of two instruments* [Unpublished manuscript]. Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1991). *Ethical decision making in nursing*. St. Louis: Mosby.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995a). *Ethical decision making in nursing* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995b). The bioethical standards: The analysis of dilemmas through the analysis of persons. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1(2), 69–76.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997a). An ethical defense against the plague of cloning. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(2), 82–84.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997b). Is a return to a caring perspective desirable? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 14–17.
- Husted, J. H., & Husted, G. L. (1998). The role of the nurse in ethical decision making. In G. DeLoughery (Ed.), *Issues and trends in nursing* (pp. 216–242). St. Louis: Mosby.
- Husted, J. H., & Husted, G. L. (1999). Agreement: The origin of ethical action. *Critical Care Nursing*, 22(3), 12–18.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (2001). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (3rd ed.). New York: Springer.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (2008). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach* (4th ed.). New York: Springer.
- Iloghalu, S. A. (2019). *Ethics and health care administrators' decision making: A qualitative symphonological grounded theory study* [Doctoral dissertation, University of Phoenix].
- Irwin, M. (2004). *Effect of symphonology on patients' experience of involvement in health care decision making: A qualitative and quantitative study* [Unpublished dissertation]. Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Jecker, N., Jonsen, A., & Pearlman, R. (1997). *Bioethics: An introduction to the history, methods and practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Josephson, J., & Josephson, S. (1994). *Abductive inference: Computation, philosophy, technology*. New York: Cambridge University Press.

- Khechane, M. (2008). Application and adaptation of the symphonology bioethical theory (SBT) in pastoral care practice. *Hervormde Teologiese Studies*, 64(2), 959–976.
- Lloyd, G. (1996). *Spinoza and the ethics*. New York: Routledge.
- McKeon, R. (1941). *The basic works of Aristotle*. New York: Random House.
- Mraz, M. (2012). *The impact of the symphonological approach to ethical decision making on advanced level nursing students* [Unpublished dissertation]. Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Polanyi, M. (1964). *Personal knowledge*. New York: Harper & Row.
- Walker, L., & Avant, K. (2011). *Strategies of theory construction in nursing* (5th ed.). Boston: Prentice Hall.
- Wehbe-Alamah, H. (2008). Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse*, 28(1), 83–97.
- Xia, G., & Hailun, G. (2018). *The nurses' experiences of hospice care: A descriptive literature review*. [Student thesis, Bachelor degree]. China: Nursing Department, Medicine and Health College, Lishui University.
- Zoucha, R., & Broome, B. (2008). The significance of culture in nursing: Examples from the Mexican-American culture and knowing the unknown. *Urologic Nursing*, 28(2), 140–142.
- Zoucha, R., & Husted, G. (2000). The ethical dimensions of delivering cultural congruent nursing and health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 325–340.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). Is a return to a caring perspective desirable? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 14–17.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). Is cloning moral? *Nursing and Health Care: Perspectives on Community*, 18, 168–169.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1998). Ethical balance versus ethical anomaly. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4(1), 51–53.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1998). Strength of character through the ethics of nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(4), 23–25.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1998). With the ethical agreement: Where are you now? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4(2), 34–35.
- Husted, J. H., & Husted, G. L. (2000). When is a health care system not an ethical health care system? Suspending the do-not-resuscitate order in the operating room. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12, 157–163.
- Husted, G. L., Miller, M. C., & Brown, B. (1999). Test of an educational brochure on advance directives designed for the well-elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(1), 34–40.
- Husted, G. L., Miller, M. C., Zaremba, J. A., Clutter, S. L., Jennings, K. R., & Stainbrook, D. (1997). Advance directives and what attracts elderly people to particular brochures. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(2), 41–45.
- Zoucha, R., & Husted, G. L. (2000). Is delivering culturally congruent psychosocial healthcare ethical? *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 325–340.
- Zoucha, R. D., & Husted, G. L. (2002). The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care. *Review Series Psychiatry, Sweden*, 3, 10–11.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1999). Strength of character through the ethics of nursing. In S. Osgood (Ed.), *Essential readings in nursing managed care* (pp. 102–106). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (2005). The ethical experience of caring for vulnerable populations: The symphonological approach. In M. DeChesnay (Ed.), *Caring for vulnerable populations* (pp. 71–79). St. Louis: Mosby.
- Husted, J., Husted, G., & Scotto, C. (2012). Ethics and the advanced practice nurse. In A. Joel (Ed.), *Advanced Practice Nursing* (3rd ed., pp. 243–252). Philadelphia: F. A. Davis.

Artículos de revistas

- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1995). The bioethical standards: The analysis of dilemmas through the analysis of persons. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1(2), 69–76.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1996). Ethical dilemmas: Time and fidelity. *American Journal of Nursing*, 96(11), 74.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). A modest proposal concerning policies. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(3), 17–19.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). An ethical defense against the plague of cloning. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(2), 82–84.
- Husted, G. L., & Husted, J. H. (1997). An ethical examination of in-vitro fertilization and cloning. *AORN Journal*, 65(6), 1–2.

Fuentes secundarias

Libros

- Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (2002). *Ethics and issues in contemporary nursing* (2nd ed.). Clifton Park, NJ: Delmar.
- Daly, J., Speedy, S., & Jackson, D. (2005). *Professional nursing: Concepts, issues, and challenges*. New York: Springer.
- de Chesnay, M., & Anderson, B. (2008). *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Fry, S., & Johnstone, M. (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. Malden, MD: Blackwell Science.

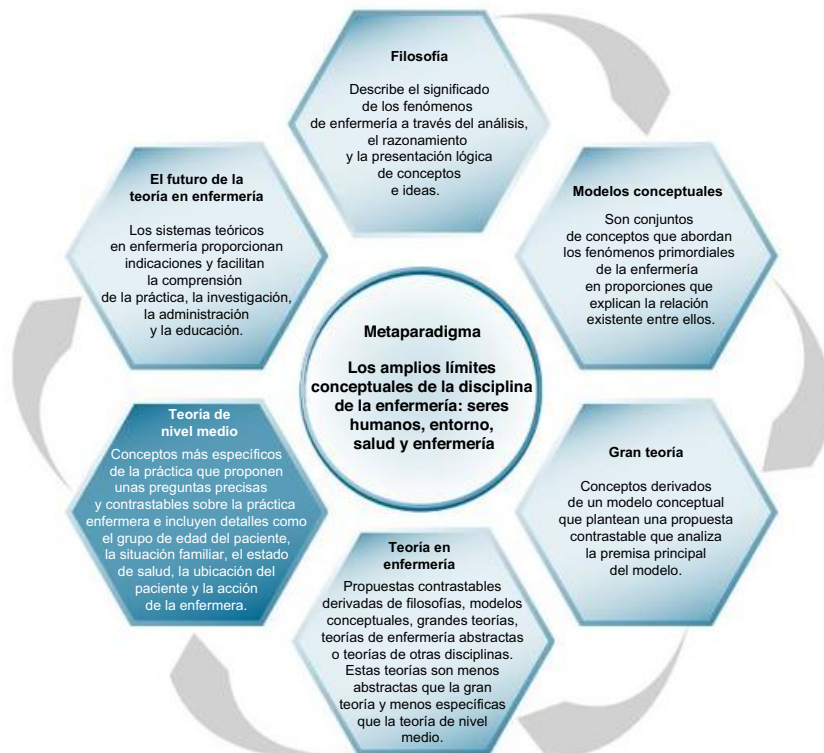
Artículos de revistas

- Anderson, J., Biba, S., & Hartman, R. L. (1996). Ethical case comment. To tell or not to tell . . . the case for ethical analysis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 15(6), 318–323.
- Baldonado, A. (1996). Ethnicity and morality in a multicultural world. *Journal of Cultural Diversity*, 3(4), 105–108.
- Best, J. T. (2001). Effective teaching for the elderly: Back to basics. *Orthopedic Nursing*, 20(3), 46–52.
- Bridger, J. C. (1997). A study of nurses' views about the prevention of nosocomial urinary tract infections. *Journal of Clinical Nursing*, 6(5), 379–387.
- Brown, B. (2003). Historical perspectives. The history of advance directives: A literature review. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(9), 4–14.

- Burcham, J. L. R. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5–15.
- Caitlin, A. (1997). Pediatric ethics, issues, & commentary. Creating a beginning ethics library. *Pediatric Nursing*, 23(5), 495–496.
- Cioffi, R. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 299–306.
- Claassen, M. (2000). A handful of questions: Supporting parental decision making. *Clinical Nurse Specialist*, 14(4), 189–195.
- DeLikkis, A., & Sauer, R. (2004). Respect as ethical foundation for communication in employee relations. *Laboratory Medicine*, 35(5), 262–266.
- Dennis, B. (1999). The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing*, 15(5), 281–287.
- Goldblatt, D. (2001). A messy necessary end—Health care proxies need our support. *Neurology*, 56(2), 148–152.
- Group, E. (2005). Recruiting seniors with chronic low back pain for a randomized controlled trial of a self-management program. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 28(2), 97–102.
- Hunt, S. (1996). Ethics of resource distribution: Implications for palliative care services. *International Journal of Palliative Nursing*, 2(4), 222–226.
- Jeffery, D. (2005). Adapting de-escalation techniques with deaf service users. *Nursing Standard*, 19(49), 41–47.
- Jirwe, M. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 12(3), 6–16.
- Johnson, J. E. (2002). Six steps to ethical leadership in health care. *Patient Care Management*, 18(2), 5–9.
- Mariano, C. (2001). Holistic ethics. *American Journal of Nursing*, 101(1 part 1), Hospital Extra: 24A–24C.
- Martindale, A., & Collins, D. (2005). Professional judgment and decision making: The role of intention for impact. *The Sport Psychologist*, 19(3), 303–313.
- McFadden, E. A. (1996). Moral development and reproductive health decisions. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(6), 507–512.
- Oberle, K., & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 7(5), 425–438.
- Oddi, L. F., Cassidy, V. R., & Fisher, C. (1995). Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 2(3), 197–209.
- Perry, J. (2006). Resisting vulnerability: The experiences of families who have kin in hospital—A feminist ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 173–184.
- Reveillere, C., Pham, T., Masclet, G., Nandrino, J. L., & Beaune, D. (2000). The relationship between burn-out and personality in care-givers in a palliative care unit. *Annals Medico Psychologiques*, 158(9), 716–721.
- Rice, V. H., Beck, C., & Stevenson, J. S. (1997). Ethical issues relative to autonomy and personal control in independent and cognitive impaired elders. *Nursing Outlook*, 45(1), 27–34.
- Roberson, D. (2007). Inequities in screening for sexually transmitted infections in African American adolescents: Can health policy help? *Journal of Transcultural Nursing*, 18(3), 286–291.
- Saulo, M. (1996). How good case managers make tough choices: Ethics and mediation. Part I. *Journal of Care Management*, 2(1), 8, 10, 12.
- Scotto, C. (2003). A new view of caring. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 289–291.
- Scotto, C. (2005). Symphonological bioethical theory. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 584–601). St. Louis: Mosby.
- Sellar, B. (2006). Subjective leisure experiences of older Australians. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 211–219.
- Simko, L. (1999). Adults with congenital heart disease: Utilizing quality of life and Husted's nursing theory as a conceptual framework. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(3), 1–11.
- Steckler, J. (1998). Examination of ethical practices in nursing continuing education using the Husted model. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4(2), 59–64.
- Szirony, T., Price, J., Wolfe, E., Telljohann, S., & Dake, J. (2004). Perceptions of nursing faculty regarding ethical issues in nursing research. *Journal of Nursing Education*, 43(6), 270–279.
- Thomas, A. (1997). Patient autonomy and cancer treatment decisions. *International Journal of Palliative Nursing*, 3(6), 317–323.
- Viney, C. (1996). A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. *Nursing in Critical Care*, 4, 182–187.
- Von Post, I. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 3(3), 236–249.
- Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2001). The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics*, 56(2), 148–152.
- Wilmot, S. (2000). Nurses and whistleblowing: The ethical issues. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1051–1057.
- Wilson, D. M. (1998). Administrative decision making in response to sudden health care agency funding reductions: Is there a role for ethics? *Nursing Ethics*, 5(4), 319–329.
- Wurzbach, M. E. (1999). Acute care nurses' experiences of moral certainty. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 287–293.
- Zoucha, R. (2006). Considering culture in understanding interpersonal violence. *Journal of Forensic Nursing*, 2(4), 195–196.

Teorías de nivel medio

- Las teorías de nivel medio son el nivel de teoría menos abstracto para aplicaciones prácticas concretas.
- Las teorías de nivel medio comprenden las características de la práctica o las situaciones de la enfermería.
- Las teorías de nivel medio son la evidencia teórica de la aplicabilidad y el resultado.
- Las teorías de nivel medio desarrollan evidencias para los resultados de la práctica enfermera.
- Las teorías de nivel medio se reconocen como tales porque contienen características de la práctica enfermera. Las características de las teorías de nivel medio son las siguientes:
 - La situación o el estado de salud del cliente o paciente.
 - Población o grupo de edad del cliente o paciente.
 - Ubicación o área de la práctica (p. ej., comunidad).
 - Acción de la enfermera o intervención.
 - El resultado previsto del cliente o paciente.



Ramona T. Mercer: adopción del rol materno; convertirse en madre

Molly Meighan*



Ramona T. Mercer
(1929-actualidad)[†]

«El proceso de convertirse en madre requiere un gran trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres.»

(Mercer, 2006, p. 649)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Ramona T. Mercer comenzó su carrera como enfermera en 1950, cuando se diplomó en la escuela de enfermería de St. Margaret en Montgomery, Alabama. Se graduó y recibió el Premio L. L. Hill por su excelencia en los estudios. Regresó a la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, enfermera jefe e instructora en las materias de Pediatría, Obstetricia y Enfermedades Infecciosas. Se licenció en Enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). En 1964 obtuvo la licenciatura superior en Enfermería Materno-Infantil en la Emory University y completó su doctorado en Enfermería Maternal en la University of Pittsburgh en 1973.

Tras obtener su doctorado, Mercer se trasladó a California y se convirtió en profesora asociada del Departamento de Enfermería del Cuidado de la Salud Familiar de la University of California en San Francisco, donde fue ascendida a profesora adjunta en 1977 y a profesora titular en 1983. Ocupó ese puesto hasta su jubilación en 1987. Tras su jubilación, la Dra. Mercer ejerció como profesora emérita de Enfermería de Salud Familiar en la University of California, en San Francisco.

Mercer recibió numerosos premios a lo largo de su carrera. En 1963 recibió el Premio del Departamento de Salud, Educación y Servicio Público de Salud y Bienestar de la University of

Emory y fue aceptada en Sigma Theta Tau. Volvió a recibir el mismo premio en los años que estuvo en la University of Pittsburgh. Asimismo, recibió la beca Bixler para la educación y la investigación enfermeras, del Southern Regional Board, para estudios de doctorado. En 1982 recibió el Premio a la Enfermera de Salud Materno-Infantil del Año que conceden la National Foundation of the March of Dimes y la División Materno-Infantil de la American Nurses Association. En la Escuela de Enfermería de la University of California, San Francisco, recibió el cuarto Premio Anual Helen Nahm Lecturer en 1984. Entre los premios concedidos a Mercer por su labor investigadora se incluyen el American Society for Psychophylaxis in Obstetrics (ASPO)/Lamaze National Research Award en 1987, el Distinguished Research Lectureship Award del Western Institute of Nursing y de la Western Society for Research in Nursing en 1988, y el de la American Nurses Foundation por su Contribución Distinguida a la Ciencia de la Enfermería en 1990 (Mercer, *curriculum vitae*, 2002). Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios. Además, ha publicado seis libros y seis capítulos de libros.

En sus primeras investigaciones, Mercer se centró en las conductas y necesidades de las madres lactantes, las madres con enfermedades puerperales, las madres de niños nacidos con minusvalías y las madres adolescentes. Su primer libro, *Nursing Care for Parents at Risk* (1977), recibió el Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing* en 1978. Su estudio de las madres adolescentes durante el primer año de maternidad dio lugar al libro de 1979 *Perspectives on Adolescent Health Care*, que también recibió el Premio al Libro del

*Autoras anteriores: Alberta M. Bee, Denise Legge y Stephanie Oetting.

[†]Fotografía: Marie Cox, M&M Studios, San Francisco, CA.

Año de la *American Journal of Nursing* en 1980. Las investigaciones anteriores hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades. En 1986, la investigación de Mercer sobre madres de tres grupos de edad se recopiló en su tercer libro, *First-Time Motherhood: Experiences from Teens to Forties* (1986a). El quinto libro de Mercer, *Parents at Risk*, publicado en 1990, también recibió el Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing*. *Parents at Risk* (1990) se centraba en las estrategias que facilitan las primeras interacciones entre padres e hijos y promueven la competencia de los padres en relación con situaciones de riesgo específicas. El sexto libro de Mercer, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, se publicó en 1995. Este libro contiene una descripción más completa de la teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su marco para estudiar variables que afectan a este rol.

Desde su primera publicación en 1968, Mercer ha escrito numerosos artículos para revistas de enfermería y de otras disciplinas. Publicó varios cursos en línea para *Nurseweek* durante la década de 1990 y hasta principios de 2000, entre ellos «Adolescent Sexuality and Child-bearing», «Transitions to Parenthood» y «Helping Parents When the Unexpected Occurs».

Mercer siguió siendo miembro de organizaciones profesionales, como la American Nurses Association y la American Academy of Nursing, y fue miembro activo de varias comisiones nacionales. De 1983 a 1990, fue editora asociada de *Health Care for Women International*. Mercer formó parte del equipo de revisión de *Nursing Research*, *Western Journal of Nursing Research*, del consejo editorial de *Journal of Adolescent Health Care* y del consejo asesor ejecutivo de *Nurseweek*. También trabajó como revisora de numerosas propuestas de becas. Participó activamente en reuniones y talleres científicos y profesionales regionales, nacionales e internacionales (Mercer, *curriculum vitae*, 2002). Fue nombrada Leyenda Viva por la American Academy of Nursing durante el Annual Meeting and Conference en Carlsbad, California, en noviembre de 2003. Mercer fue premiada con el primer Premio a la Alumna Distinguida de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Nuevo México en 2004. En 2005, fue reconocida como una de las alumnas y profesoras más sobresalientes, y su nombre aparece en el Wall of Fame de la University of California, en San Francisco.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría de la adopción del rol materno de Mercer se basó en su extensa investigación sobre el tema a partir de finales de la década de 1960. El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por Reva Rubin, su profesora y tutora en la University of Pittsburgh. Rubin (1977, 1984) fue muy conocida por su

trabajo en el que definió y describió la adopción del rol materno como un proceso de vinculación o apego al niño y la consecución de una identidad de rol materno o de verse a sí misma en el rol y sentirse cómoda con él. El marco y las variables de estudio de Mercer reflejan muchos de los conceptos de Rubin.

Además del trabajo de Rubin, Mercer basó su investigación en las teorías de rol y de desarrollo. La complejidad de su interés por la investigación hizo que Mercer utilizara muchas otras fuentes teóricas para identificar y estudiar las variables que afectan a la adopción del rol materno. Se basó en gran medida en un enfoque interaccionista de la teoría de los roles, utilizando la teoría de Mead (1934) sobre la representación de roles y la teoría de Turner (1978) sobre el núcleo del yo. Además, el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (1975) contribuyó a dar forma a la teoría de Mercer, al igual que el trabajo de Burr et al. (1979). También contribuyeron las teorías del proceso de desarrollo de Werner (1957). Además, el trabajo de Mercer estuvo influido por la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1968). Su modelo de adopción del rol materno, representado en la figura 27.1, utiliza los conceptos de Bronfenbrenner (1979) de círculos anidados para representar las influencias ambientales interactivas en el rol materno. Aunque gran parte de su trabajo se basó y expandió las teorías de Rubin, en el desarrollo y la expansión de su teoría también ha tenido en cuenta la investigación de otros.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Mercer seleccionó tanto las variables maternas como las infantiles para sus estudios, basándose en su revisión de la literatura y en las conclusiones de los investigadores de varias disciplinas. Descubrió que son muchos los factores que pueden influir directa o indirectamente en el rol materno, lo que aumentó la complejidad de sus estudios. Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad en el primer parto, la experiencia del nacimiento, la separación temprana del bebé, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud. Incluyó las variables infantiles de temperamento, apariencia, capacidad de respuesta, estado de salud y capacidad de dar señales. Mercer (1995) y Ferketich y Mercer (1995a, 1995b, 1995c) también señalaron la importancia del rol paterno y aplicaron muchas de las conclusiones anteriores de Mercer al estudiar la respuesta del padre a la paternidad. Su investigación requirió el uso de numerosos instrumentos para medir las variables de interés.

Mercer estudió la influencia de estas variables en el apego y la competencia de los padres a lo largo de varios intervalos, incluido el puerperio inmediato y 1 mes, 4 meses, 8 meses y 1 año después del nacimiento (Mercer y Ferketich, 1990a, 1990b). Además, incluyó en su investigación a adolescentes,

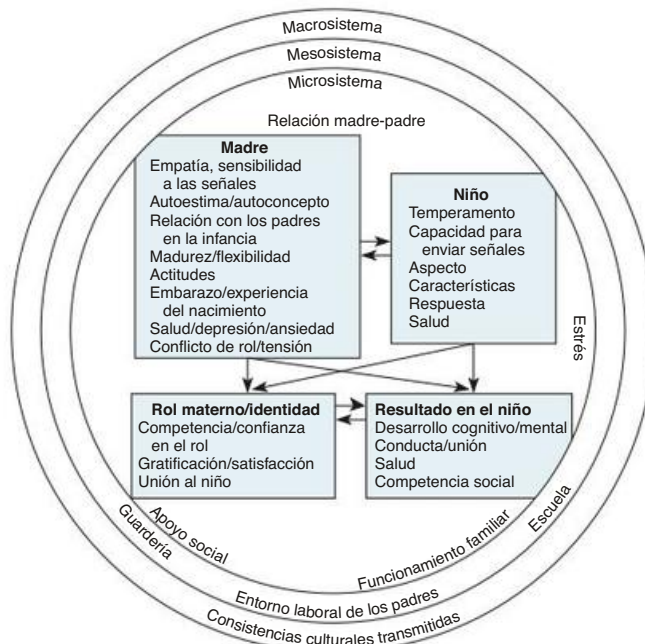


Fig. 27.1 Modelo de adopción del rol materno. (Modificado de Mercer, R. T. [1991]. *Maternal role: Models and consequences*. Documento presentado en la International Research Conference patrocinada por el Council of Nurse Researchers y la American Nurses Association, Los Angeles, CA. Copyright Ramona T. Mercer, 1991. Nota: Esta figura se ha modificado a partir de una comunicación personal con R. T. Mercer [4 de enero de 2003]. La palabra exosistema se ha reemplazado por la palabra mesosistema para ser coherente con el modelo de Bronfenbrenner [1979], en el que está basado.)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Adopción del rol materno

La **adopción del rol materno** es un proceso interactivo y de desarrollo que ocurre a lo largo del tiempo en el que la madre crea un vínculo con su hijo, adquiere competencia en las tareas de cuidado que implica el rol y expresa placer y gratificación en relación con el rol (Mercer, 1986a). «El movimiento hacia el estado personal en el que la madre experimenta una sensación de armonía, confianza y competencia en la forma en que desempeña el rol es el punto final de la adopción del rol materno: la identidad materna» (Mercer, 1981, p. 74).

Identidad materna

La **identidad materna** se define como tener una visión interiorizada de sí misma como madre (Mercer, 1995).

Percepción de la experiencia del nacimiento

La percepción de la mujer sobre su actuación durante el parto y el nacimiento es su **percepción de la experiencia del nacimiento** (Mercer, 1990).

Autoestima

Mercer et al. (1986) describieron la **autoestima** como «la percepción que tiene un individuo de cómo los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones» (p. 341).

Autoconcepto (autovaloración)

Mercer (1986a) describe el **autoconcepto** o **autovaloración** como «la percepción global del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre el yo y el yo ideal» (p. 18).

Flexibilidad

Los roles no están fijados de forma rígida, por lo que no importa quién los desempeñe (Mercer, 1990). «La **flexibilidad** de las actitudes de crianza aumenta con el desarrollo. Las madres mayores tienen el potencial de responder de forma menos rígida a sus hijos y de ver cada situación en función de los matices peculiares de cada una» (Mercer, 1990, p. 12).

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Actitudes respecto a la crianza

Las **actitudes respecto a la crianza** son actitudes o creencias maternas sobre la crianza de los hijos (Mercer, 1986a).

Estado de salud

El **estado de salud** se define como «la percepción de la madre y del padre sobre su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación respecto a la enfermedad y el rechazo del papel de enfermo» (Mercer et al., 1986, p. 342).

Ansiedad

Mercer et al. (1986) describen la **ansiedad** como «un rasgo en el que existe una propensión específica a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes, y como un estado específico de la situación» (p. 342).

Depresión

Según Mercer et al. (1986), la **depresión** es «padecer un conjunto de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado de ánimo deprimido» (p. 342).

Tensión debida al rol

La **tensión debida al rol** es la dificultad que siente la mujer para cumplir con la obligación del rol materno (Mercer, 1985a).

Gratificación

Mercer (1985b) describe la **gratificación** como «la satisfacción, el disfrute, la recompensa o el placer que una mujer experimenta al interactuar con su hijo y al cumplir con las tareas habituales inherentes a la maternidad».

Unión

La **unión** es un componente del rol parental y de la identidad. Se considera un proceso en el que se crea un vínculo afectivo y emocional duradero con un individuo (Mercer, 1990).

Temperamento del niño

El **temperamento del niño** guarda relación con el hecho de que éste envíe señales difíciles de interpretar, lo que provoca sentimientos de incompetencia y frustración en la madre (Mercer, 1986a).

Estado de salud del niño

El **estado de salud del niño** se relaciona con las enfermedades que conllevan la separación maternofilial y que interfiere en el proceso de unión (Mercer, 1986a).

Características del niño

Las **características** incluyen el temperamento, el aspecto y el estado de salud del lactante (Mercer, 1981).

Señales de los lactantes

Las **señales de los lactantes** son comportamientos que provocan una respuesta de la madre (R. T. Mercer, comunicación personal, septiembre de 2003).

Familia

Mercer et al. (1986) definen a la **familia** como «un sistema dinámico que incluye varios subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre-padre, madre-feto/niño, y padre-feto/niño) dentro del sistema familiar general» (p. 339).

Funcionamiento de la familia

El **funcionamiento de la familia** es la visión que tiene el individuo de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias (Mercer y Ferketich, 1995).

Padre o compañero

El **padre o compañero** es la persona que contribuye al proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona (R. T. Mercer, comunicación personal, enero de 2003). Las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol materno (Donley, 1993; Mercer, 1995).

Estrés

El **estrés** se compone de acontecimientos vitales percibidos de forma positiva y negativa y de variables ambientales (Mercer, 1990).

Apoyo social

Según Mercer et al. (1986), el **apoyo social** es «la cantidad de ayuda realmente recibida, la satisfacción con esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan» (p. 341).

Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

1. **Apoyo emocional:** «Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido» (Mercer, 1986a, p. 14)
2. **Apoyo informativo:** «Ayudar al individuo a ayudarse a sí mismo proporcionándole información útil para afrontar el problema y/o la situación» (Mercer, 1986a, p. 14)
3. **Apoyo físico:** un tipo de ayuda directa (Mercer et al., 1984)
4. **Apoyo de valoración:** «Un apoyo que informa a la persona que asume el rol sobre cómo se está desempeñando; permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con el desempeño de los demás en el rol» (Mercer, 1986a, p. 14)

Relación madre-padre

La **relación madre-padre** es la percepción de la relación de pareja que incluye los valores, objetivos y acuerdos previstos y reales entre ambos (Mercer, 1986b). El apego de la madre al hijo se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de los padres (Donley, 1993; Mercer, 1995).

madres mayores, madres enfermas, madres de hijos con anomalías congénitas, familias que experimentaban estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que habían tenido partos por cesárea y padres (Mercer, 1989; Mercer y Ferketich, 1994, 1995; Mercer et al., 1993). Por último, comparó sus hallazgos y la base para su teoría original con la investigación actual. Como resultado, Mercer (2004) propuso que el término *adopción del rol materno* se sustituyera por el de *convertirse en madre*, ya que este describe con mayor precisión la evolución continua del rol a lo largo de la vida de la mujer.

PRINCIPALES PREMISAS

Para la adopción del rol materno, Mercer (1981, 1986a, 1995) estableció las siguientes premisas:

- Un núcleo propio relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los acontecimientos; sus percepciones de las respuestas de su hijo y de los demás a su maternidad, con su situación vital, son el mundo real al que responde (Mercer, 1986a).
- Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en sus respuestas conductuales (Mercer, 1986a).
- El compañero de rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre respecto a su rol a través del crecimiento y el desarrollo (Mercer, 1986a).
- Se considera que el niño es un compañero activo en el proceso de adopción del rol materno, que influye y se ve influido por la representación del rol (Mercer, 1981).
- La pareja del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol como no puede hacerlo ninguna otra persona de apoyo (Mercer, 1995).
- La identidad materna se desarrolla al mismo tiempo que el apego materno, y cada uno depende del otro (Mercer, 1995; Rubin, 1977).

Enfermería

Mercer (1995) afirmó que «las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen la interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la maternidad» (p. xii). Son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes. Su definición de la enfermería, proporcionada en una comunicación personal, es la siguiente:

«La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a las personas que necesitan asistencia profesional para alcanzar su nivel óptimo de salud y funcionamiento, e investigar para mejorar la base de conocimientos para proporcionar unos cuidados de enfermería excelentes. Las enfermeras proporcionan asistencia sanitaria a individuos, familias y comunidades.

Después de valorar la situación y el entorno del cliente, la enfermera identifica los objetivos con él, le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al cliente incapaz de proporcionárselos él mismo, y se interpone entre el entorno y el cliente.»

(R. Mercer, comunicación personal, marzo de 2004)

En su obra, Mercer (1995) se refiere a la importancia de los cuidados de enfermería. En *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, Mercer subraya que el tipo de ayuda o cuidado que recibe una mujer durante el embarazo y el primer año después del parto puede tener efectos a largo plazo para ella y su hijo. Las enfermeras que trabajan en las unidades de maternidad desempeñan un importante papel a la hora de ofrecer cuidados e información durante ese periodo.

Persona

Mercer (1985a) se refiere al *yo* o *núcleo propio*. Considera que la identidad o el *yo* es independiente de los roles que se ejecutan. A través de la individuación materna, la mujer puede recuperar su propia personalidad por extrapolación a partir de la dualidad madre-hijo (Mercer, 1985b). El núcleo propio evoluciona a partir de un contexto cultural y determina cómo se definen y moldean las situaciones (Mercer, 1985a). Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol materno. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se ve influida por ambos (Mercer, 1995).

Salud

En su teoría, Mercer define el *estado de salud* como la percepción que tienen la madre y el padre de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación o inquietud por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según la percepción de los padres acerca de la salud general (Mercer, 1986b). El estado de salud de una familia se ve afectado negativamente por el estrés preparto (Mercer et al., 1986, 1988). Tiene una importante influencia indirecta sobre la satisfacción con las relaciones en las familias en edad fértil. La salud se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. En ella influyen tanto las variables maternas como las del niño. Mercer (1995) subraya la importancia de la atención sanitaria durante los procesos de maternidad y crianza.

Entorno

Mercer conceptualizó el entorno a partir de la definición de Bronfenbrenner del entorno ecológico y basó en él su primer modelo (v. fig. 27.1) (Mercer, 1995; R. Mercer, comunicación personal, junio de 2000). Este modelo ilustra el entorno

ecológico de interacción en el que se desarrolla la adopción del rol materno. Durante una comunicación personal del 4 de enero de 2003, Mercer afirmó: «El desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes». Los estreses y el apoyo social del entorno influyen tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La teoría y el modelo originales de Mercer sobre la adopción del rol materno se presentaron en 1991 durante un simposio en la International Research Conference, patrocinada por el Council of Nursing Research y la American Nurses Association en Los Ángeles, California (Mercer, 1995). Se perfeccionó y se presentó con mayor claridad en su libro de 1995, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present* (v. fig. 27.1).

La revisión más reciente de la teoría de Mercer (2004) se centró en la transición de la mujer al convertirse en madre. La maternidad implica un profundo cambio en la vida de la mujer que exige un desarrollo continuado. Según Mercer, convertirse en madre es bastante más que asumir un rol. Es una evolución continua y permanente. Por lo tanto, decidió que el término *adopción del rol materno* debía retirarse, basándose en la investigación publicada por Walker et al. (1986a, 1986b), Koniak-Griffin (1993) y McBride y Shore (2001), que habían examinado el proceso de maternidad y planteado cuestiones sobre la idoneidad de la adopción del rol materno como punto final del proceso.

Adopción del rol materno: modelo y teoría originales de Mercer

El modelo de adopción del rol materno de Mercer experimentó una transición para situarse dentro de los círculos anidados de Bronfenbrenner (1979) de *microsistema*, *mesosistema* y *macrosistema* (v. fig. 27.1). El modelo original propuesto por Mercer se modificó en 2000, sustituyendo el término *exosistema* por el de *mesosistema*. Mercer (comunicación personal, enero de 2003) explicó que este cambio se hizo para que el modelo fuera más coherente con la terminología de Bronfenbrenner, como sigue:

1. El microsistema es el entorno inmediato en el que se produce la adopción del rol materno. Incluye factores como el funcionamiento de la familia, las relaciones madre-padre, el apoyo social, la situación económica, los valores familiares y los factores estresantes. Las variables presentes en este entorno inmediato interactúan con una o más variables adicionales para influir sobre la transición hacia la maternidad. El niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La familia se considera un sistema semicerrado

que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y otros sistemas sociales (Mercer, 1990).

El microsistema es el que más influye en la adopción del rol materno (Mercer, 1995; R. Mercer, comunicación personal, enero de 2003). En 1995, Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a «difuminar la tensión en la dualidad madre-niño» (p. 15). La adopción del rol materno se consigue por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. El microsistema mostrado en la figura 27.2, presentado por primera vez en el sexto libro de Mercer (1995), *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, representa esta interacción. Los estratos a-d representan los estadios de adopción del rol materno, desde la anticipación hasta lo personal (identidad de rol) y los estadios de crecimiento y desarrollo del niño (Mercer, 1995).

2. El mesosistema abarca, influye e interactúa con las personas del microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño. El mesosistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.
3. El macrosistema se refiere a los prototipos generales existentes en una determinada cultura o a las coherencias culturales transmitidas. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de la atención sanitaria y las políticas actuales de los sistemas sanitarios que afectan a la adopción del rol materno tienen su origen en este sistema (Mercer, 1995). Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macrosistema.

La consecución del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición del rol; estos estadios han sido

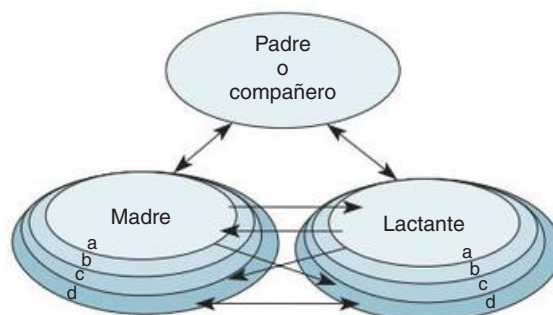


Fig. 27.2 Microsistema dentro del modelo de desarrollo de la adopción del rol materno. (Tomado de Mercer, R. T. [1995]. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer; utilizado con autorización.)

adaptados a partir de la investigación de Thornton y Nardi (1975). Los estadios siguientes se muestran en la figura 27.2 como los estratos a-d:

- Anticipación:** el estadio de anticipación comienza durante el embarazo e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con el rol, se relaciona con el feto que está en el útero y empieza a interpretar el rol.
- Formal:** el estadio formal comienza con el nacimiento del niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación por parte de la madre. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- Informal:** el estadio informal comienza cuando la madre desarrolla sus propias formas de enfrentarse al rol, no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- Personal:** el estadio personal o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol, y alcanza el rol materno.

Los estadios de adopción del rol se solapan y se modifican a medida que el niño crece y se desarrolla. La identidad del rol materno puede lograrse en 1 mes o en varios meses (Mercer, 1995). Los estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar.

Los rasgos y conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y en los resultados del niño. Las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto de rol. Las características del niño que afectan a la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la apariencia, las características generales, la respuesta y la salud. Entre los ejemplos de respuestas del desarrollo del niño que interactúan con el desarrollo de la identidad materna por parte de la madre, representadas como a-d en la figura 27.2, se encuentran los siguientes:

- Contacto visual con la madre mientras le habla; reflejo de prensión.
- Reflejo de la sonrisa y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.
- Conductas interactivas coherentes con la madre.
- Provocación de respuestas en la madre; aumento de la movilidad.

Según Mercer:

«La etapa de identidad del rol personal se alcanza cuando la madre ha integrado el rol en su sistema propio con una

congruencia de los roles del yo y de los otros roles; está segura de su identidad como madre, está comprometida emocionalmente con su bebé y tiene una sensación de armonía, satisfacción y competencia en el rol.»

(1995, p. 14)

Utilizando el trabajo de Burke y Tully (1977), Mercer (1995) afirmó que la identidad de rol tiene componentes internos y externos; la identidad es la visión interiorizada de uno mismo (identidad materna reconocida) y el rol es el componente conductual externo.

Convertirse en madre: modelo y teoría revisados

Mercer continuó utilizando sus propias investigaciones y las de otros como bloques componentes básicos de su teoría. En 2003, comenzó a reexaminar la teoría de la adopción del rol materno, proponiendo que el término *convertirse en madre* reflejaba con mayor precisión el proceso, según investigaciones recientes. Según Mercer (2004), el concepto de adopción del rol sugiere un punto final en lugar de un proceso continuo, y podría no abordar la continua expansión del yo como madre. Las conclusiones de Mercer se basan en gran medida en la investigación enfermera actual sobre las dimensiones cognitiva y conductual de las mujeres que se convierten en madres. Walker et al. (1986a, 1986b) cuestionaron la adopción del rol materno como un proceso continuo, lo que contribuye al reanálisis por parte de Mercer de su teoría. Koniak-Griffin (1993) también cuestionaron las dimensiones conductuales y cognitivas de la adopción del rol materno. Hartrick (1997) comunicó en su estudio que las madres de niños de 3 a 16 años experimentan un proceso continuo de autodefinición. McBride y Shore (2001), en su investigación sobre las madres y las abuelas, sugirieron que podría ser necesario retirar el término *adopción del rol materno* porque «implica una situación estática en lugar de un proceso fluctuante» (p. 79). Por último, en una síntesis de nueve estudios cualitativos, Nelson (2003) describió el crecimiento y la transformación continuos de las mujeres cuando se convierten en madres. Mercer (2004) reconoció que los nuevos retos de la maternidad requieren establecer nuevas conexiones para recuperar la confianza en una misma y propuso sustituir el término *adopción del rol materno* por el de *convertirse en madre*.

Los estudios cualitativos han identificado las etapas de la adopción del rol materno utilizando los términos descriptivos de las participantes. Una recopilación de los resultados de varios de estos estudios ha llevado a Mercer (2004, 2006) a proponer los siguientes cambios en los nombres de las etapas que conducen a la identidad del rol materno:

- Compromiso y preparación (embarazo).
- Conocimiento, práctica y restablecimiento físico (primeras 2 semanas).
- Estrategia de normalización (de la segunda semana a los 4 meses).
- Integración de la identidad materna (unos 4 meses).

Estas etapas son paralelas a las etapas originales de la teoría de Mercer, pero abarcan la experiencia materna de forma más completa y utilizan terminología derivada de las descripciones de las nuevas madres sobre sus experiencias.

La construcción de la teoría, según Mercer (comunicación personal, septiembre de 2003), es un proceso continuo a medida que la investigación proporciona pruebas para aclarar conceptos, adiciones y eliminaciones. Aunque muchos estudios apoyan las conclusiones de Rubin y Mercer, Mercer (2004) reconoció la necesidad de introducir cambios en su teoría original para lograr una mayor claridad y coherencia. Con esta idea propuso retirar el término *adopción del rol materno*. Mercer (2004) reconoce que convertirse en madre, que connota un crecimiento continuo en la maternidad, es más descriptivo del proceso, que es mucho más amplio que un rol. Aunque algunos roles pueden terminarse, la maternidad es un compromiso de por vida.

Mercer ha seguido utilizando el concepto de Bronfenbrenner de interacción anidada en entornos ecológicos. Sin embargo, les cambió el nombre para reflejar los entornos vitales: la familia y los amigos, la comunidad y la sociedad en general (fig. 27.3).

Este modelo sitúa las interacciones entre la madre, el hijo y el padre en el centro de los entornos vitales de interacción (R. Mercer, comunicación personal, septiembre de 2003; Mercer y Walker, 2006).

Las variables dentro del entorno de la familia y de los amigos incluyen el apoyo social y físico, los valores familiares, las guías culturales para la maternidad, el conocimiento y las habilidades, el funcionamiento familiar y la afirmación como madre. El entorno de la comunidad incluye guarderías, lugares de culto, escuelas, entornos laborales, centros sanitarios, instalaciones recreativas y grupos de apoyo. Dentro de la sociedad, las influencias proceden de las leyes que afectan a mujeres y

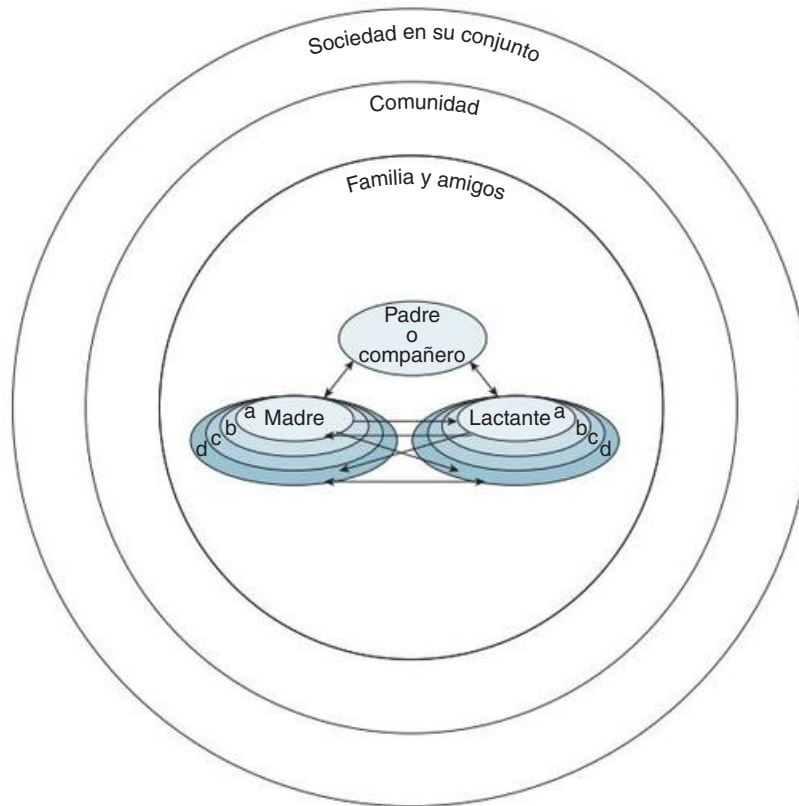


Fig. 27.3 Convertirse en madre: un modelo revisado. (Tomado de R. T. Mercer, comunicación personal, septiembre de 2003.)

niños, la evolución de la ciencia reproductiva y neonatal, los programas de asistencia sanitaria nacionales, varios programas sociales y fondos para investigación que promueve el convertirse en madre.

El modelo más reciente (fig. 27.4) muestra los entornos en interacción que afectan al proceso de convertirse en madre. Este modelo fue desarrollado en 2006 basado en una revisión de las investigaciones de enfermería acerca de la eficacia o de las intervenciones dirigidas a impulsar el proceso de convertirse en madre. Este modelo describe las complejas cuestiones que tienen el potencial de facilitar o inhibir el proceso de convertirse en madre (Mercer y Walker, 2006). Según Mercer y Walker (2006), el modelo presenta tanto variables del entorno como características materno-infantiles que son consideraciones importantes para la práctica de la enfermería y para futuras investigaciones.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Mercer utilizó tanto la lógica deductiva como la inductiva para desarrollar el marco teórico del estudio de los factores que influyen en la adopción del rol materno durante el primer año de maternidad en su teoría. La lógica deductiva se refleja en el uso que Mercer hace de trabajos de otros investigadores y disciplinas. Las teorías de rol y de desarrollo y el trabajo de Rubin en la realización del rol materno proporcionaron una base para el marco. Mercer utilizó la lógica inductiva en el desarrollo de la teoría de la adopción del rol materno. Mediante la práctica y la investigación, observó la adaptación a la maternidad desde un sinfín de circunstancias. Vio que las diferencias existían en la adaptación a la maternidad cuando una enfermedad materna complicaba el período posparto, cuando nacía un niño con una anomalía y cuando una adolescente se convertía en madre.

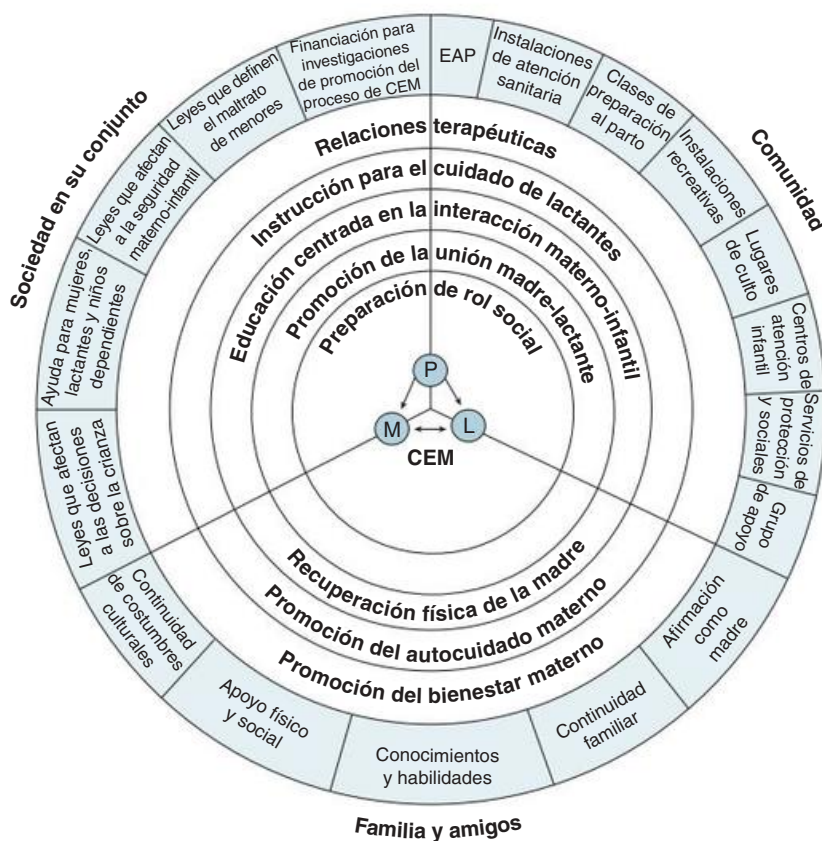


Fig. 27.4 Entornos en interacción que influyen en el proceso de convertirse en madre (CEM). EAP, enfermera de atención primaria; L, lactante; M, madre; P, padre. (Tomado de Mercer, R. T., & Walker, L. O. [2006]. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35[5], 568–582.)

Estas observaciones dirigieron la investigación de estas situaciones y desarrollaron la teoría. Los cambios de su teoría original se han basado en la investigación más reciente y en el razonamiento deductivo, junto con su creencia en mejorar continuamente la claridad y la utilidad de su teoría.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La teoría de Mercer está muy orientada a la práctica. Los conceptos de su teoría se mencionan en muchos libros de texto de obstetricia, y muchas enfermeras y otras disciplinas los utilizan en la práctica. Tanto la teoría como el modelo propuesto son capaces de servir como marco para la valoración, la planificación, la implantación y la evaluación del cuidado enfermero de las nuevas madres y sus hijos. La utilidad de la teoría de Mercer en la práctica enfermera ha sido descrita e ilustrada por Meighan (2014) en el capítulo 17 de la quinta edición de *Nursing Theory: Utilization & Application* de Alligood. La teoría de Mercer también es útil para las enfermeras que trabajan en maternidades. Mercer (1986a, 1986b) vinculó los resultados de sus investigaciones con la práctica de la enfermería en cada intervalo desde el nacimiento a lo largo del primer año de vida, lo que hace que su teoría sea también aplicable en una variedad de ámbitos pediátricos.

Además, la teoría de Mercer se ha utilizado para organizar el cuidado del paciente. Los conceptos de la investigación realizada por Neeson et al. (1983), «Pregnancy Outcome for Adolescents Receiving Prenatal Care by Nurse Practitioners in Extended Roles», se utilizaron para establecer una práctica clínica. Clark et al. (2001) utilizaron la teoría de Mercer para establecer y poner a prueba un plan de estudios de educación de los padres dirigido a mujeres drogodependientes en un centro de tratamiento residencial. Meighan y Wood (2005) utilizaron la teoría de la adopción del rol materno para explorar el efecto de la hiperemesis gravídica en la asunción del rol materno.

Formación

El trabajo de Mercer ha aparecido ampliamente en textos de enfermería pediátrica y sobre maternidad. Muchos de los conceptos actuales de enfermería maternal e infantil se basan en las investigaciones de Mercer. Su teoría y su modelo ayudan a simplificar el proceso tan complejo que representa la paternidad. La teoría del logro del rol materno está avalada por una creciente comprensión, y las aportaciones de Mercer han resultado de enorme valor para la formación en Enfermería. La teoría proporciona un marco para los estudiantes mientras aprenden a planificar y a proporcionar cuidados para padres en múltiples entornos. El reconocimiento por parte de Mercer de la necesidad de analizar las evidencias de las investigaciones que apoyan su trabajo original y sus esfuerzos por actualizar y mejorar su teoría de forma continua sirven de ejemplo de

desarrollo de la ciencia enfermera para los estudiantes de enfermería. La teoría y los resultados de la investigación de Mercer también se han utilizado en otras disciplinas, dado que relacionan la adopción del rol materno y paterno. Se ha demostrado que también es beneficiosa para estudiantes de psicología, sociología y educación.

Investigación

Mercer abogó por la participación de los estudiantes en la investigación del profesorado. Durante su período de profesora en la University of California, San Francisco, presidió comisiones y participó en la elaboración de tesis y tesinas. La investigación en colaboración con un estudiante de enfermería y un profesor asociado en 1977 y 1978 dio como resultado el desarrollo de un instrumento muy fiable y válido para medir las actitudes de las madres acerca de la experiencia del embarazo y del parto. Numerosas investigadoras han solicitado permiso para utilizar este instrumento.

El trabajo de Mercer ha servido de trampolín para otros investigadores. El marco teórico de su estudio correlacional, que explora las diferencias entre tres grupos de edad de madres primerizas (15-19, 20-29 y 30-42 años), fue contrastado por otros autores, entre ellos Walker et al. (1986a, 1986b). Sank (1991) utilizó la teoría de Mercer en la investigación de su tesis doctoral titulada «*Factors in the Prenatal Period That Affect Parental Role Attainment During the Postpartum Period in Black American Mothers and Fathers*». La teoría de Mercer sobre la adopción del rol materno sirvió de marco para la tesis de Washington (1997), titulada «*Learning Needs of Adolescent Mothers When Identifying Fever and Illnesses in Infants Less than Twelve Months of Age*». Bacon (2001) utilizó la teoría de Mercer en su tesis, «*Maternal Role Attainment and Maternal Identity in Mothers of Premature Infants*». Dilmore (2003) basó su estudio, «*A Comparison of Confidence Levels of Postpartum Depressed and Non-Depressed First-Time Mothers*», en la investigación de Mercer.

McBride escribió lo siguiente:

«La adopción del rol materno ha sido una preocupación fundamental de la enfermería desde el trabajo pionero de la mentora de Mercer, Rubin, hace casi dos décadas. Ahora se está convirtiendo en el constructo basado en la investigación y teóricamente sólido que las enfermeras investigadoras han estado buscando para el análisis de la experiencia de las nuevas madres.»

(1984, p. 72)

Entre los estudios recientes se encuentran los de Rode y Kiel (2016), que estudiaron la depresión materna y el temperamento del lactante en el rol materno, y Mackintosh y Callister (2015), que estudiaron la identidad en adolescentes con hijos. Copeland y Harbaugh (2017) estudiaron la eficacia y la competencia de las madres con bajos ingresos. Fasanghari et al. (2018) exploraron el impacto de la ansiedad en el embarazo no planificado.

EVOLUCIÓN

Mercer utilizó su investigación inicial como base para otros estudios. En sus investigaciones posteriores, su objetivo era identificar los elementos que predicen la unión materno-filial con la base de la experiencia materna en el nacimiento y el estado de riesgo materno. Asimismo, examinó la competencia paterna según la experiencia del nacimiento y el estado de riesgo del embarazo. Desarrolló un modelo causal para predecir las relaciones del compañero en los embarazos de alto y bajo riesgo, y lo puso en práctica. A lo largo de los años se han trabajado y refinado la teoría y el modelo originales. Incluyó la importancia del padre en la adopción del rol materno, añadiéndolo a su modelo y teoría en su libro de 1995, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*.

En *First-Time Motherhood: Experiences From Teens to Forties*, Mercer (1986a) presentó un modelo de las siguientes cuatro fases que se producen en el proceso de adopción del rol materno durante el primer año de maternidad:

1. Fase de recuperación física (desde el nacimiento hasta el primer mes).
2. Fase de consecución (de los 2 a los 4-5 meses).
3. Fase de interrupción (de los 6 a los 8 meses).
4. Fase de reorganización (a partir del octavo mes y sigue en curso al cumplirse el primer año).

Además, se propuso que la adaptación al rol materno se produce en tres niveles (biológico, psicológico y social), que interactúan y son interdependientes a lo largo de las fases.

En 2004, basándose en investigaciones anteriores, Mercer propuso cambios en la teoría de la adopción del rol materno, incluyendo el abandono del término *adopción del rol materno* por el de *convertirse en madre*. También hubo cambios del modelo y la adopción de las cuatro fases descriptivas del proceso de convertirse en madre:

1. Compromiso y preparación (embarazo).
2. Consecución, práctica y restablecimiento físico (primeras 2 semanas).
3. Estrategia de normalización (de la segunda semana a los 4 meses).
4. Integración de la identidad materna (aproximadamente 4 meses).

Estos cambios se basaron en estudios de investigación realizados por otras enfermeras y son una prueba del continuo escrutinio y crítica de Mercer de su teoría para mejorar su utilidad en la práctica y la investigación.

Según Mercer y Walker (2006), es necesario investigar las intervenciones específicas de enfermería que fomentan el hecho de ser madre. Alientan la participación de personal, estudiantes y profesorado de enfermería en el desarrollo y pruebas de pautas e instrumentos de valoración para medir los resultados de intervenciones de enfermería que apoyen la identidad del rol materno y el proceso de convertirse en madre. Mercer y Walker también fomentan la investigación sobre

madres que se enfrentan a desafíos especiales, como complicaciones durante el parto, recursos sociales y económicos bajos, madres adolescentes y madres con lactantes de alto riesgo. Según Mercer y Walker, está justificado desarrollar y probar intervenciones de enfermería que apoyen y capaciten a los padres. Animamos a investigar para determinar la mejor manera de promover ser madre en grupos culturalmente diversos, explicar que cada cultura tiene sus costumbres y valores en la crianza que afectan a la transición a la maternidad.

La preocupación de Mercer por la utilidad y aplicabilidad de su teoría es evidente en su continuo trabajo hacia la claridad y la utilidad. Las revisiones de su teoría en el año 2003, aunque basadas en investigación enfermera, todavía no han sido verificadas completamente en otros estudios. Aunque la investigación cualitativa para describir las fases de convertirse en madre utiliza las palabras exactas de mujeres que experimentan esta transición, estas fases no se han confirmado entre mujeres en otras culturas o en circunstancias distintas.

CRÍTICA

Claridad

Los conceptos, las variables y las relaciones se describieron y estaban implícitas en el trabajo anterior de Mercer. Las definiciones funcionales y teóricas son coherentes. El trabajo continuo para mejorar la claridad es evidente. Los conceptos, las suposiciones y los objetivos se han organizado en un todo lógico y coherente, de manera que la comprensión de las interrelaciones entre los conceptos sea relativamente fácil. El uso indistinto de algunos términos y denominaciones utilizados para identificar conceptos, como *adaptación* y *adopción*, *apoyo social* y *red de apoyo*, pueden confundir al lector, y la adopción del rol materno no se ha definido de forma coherente, lo que puede obstaculizar la claridad. La *identidad materna*, un término que Mercer define como la etapa final de la adopción del rol (etapa de identidad personal o de rol), se sustituye a veces por *adopción del rol materno*. Según Mercer (1995), cuando se ha adoptado el rol materno, la madre ha logrado una identidad materna, la interiorización del rol de madre. Sin embargo, los términos *adopción* e *identidad del rol* son a veces confusos.

Mercer continuó trabajando para lograr una mayor claridad y propuso utilizar términos derivados de los investigadores de enfermería que fueran entendidos con mayor claridad por los usuarios de su teoría. Cuestionó el uso del término *adopción del rol materno* cuando los investigadores propusieron que connotaba un estado estático en lugar de un rol de madre en continua evolución. Ha examinado la investigación cualitativa que contenía las palabras exactas de mujeres que experimentaban la maternidad, y ha favorecido el uso de estas palabras para describir las etapas de convertirse en madre.

Sencillez

A pesar de los numerosos conceptos y relaciones, el marco teórico de la adopción del rol materno o de convertirse en madre organiza un fenómeno complejo en una forma fácilmente comprensible y útil. La teoría es predictiva y sirve para guiar la práctica. Los conceptos no son específicos para el tiempo y el espacio y son abstractos, pero pueden describirse y funcionar, ya que los significados no pueden malinterpretarse fácilmente. El proceso de convertirse en madre tiene muchas facetas y varía considerablemente según el individuo y las influencias ambientales. La teoría de Mercer proporciona un marco para comprender este complejo proceso multidimensional.

Generalidad

La teoría de Mercer deriva y es específica de la enfermería de la relación entre padres e hijos y también ha sido utilizada por otras disciplinas relacionadas con la maternidad y la crianza. La teoría puede generalizarse para todas las mujeres, del embarazo hasta el primer año después del nacimiento, independientemente de la edad, del número de hijos o del entorno. Es una de las pocas teorías aplicables a los pacientes perinatales de alto riesgo y a sus familias. Mercer (1995) especificó su teoría para el estudio y la predicción de la unión parental, incluida la de la pareja de la mujer embarazada. Por tanto, resulta útil para el estudio y el trabajo con los miembros de la familia después del parto. El trabajo de Mercer ha ensanchado el ámbito de aplicación de las anteriores teorías sobre la adopción del rol materno, dado que sus estudios se han extendido a varios niveles de desarrollo y contextos situacionales.

Accesibilidad

El trabajo de Mercer se ha desarrollado a partir de una amplia labor de investigación. Los conceptos, las premisas y las relaciones se sustentan principalmente en observaciones empíricas y son coherentes. El grado de concreción y plenitud de las definiciones funcionales aumenta la precisión empírica. El marco teórico para estudiar las diferencias entre los grupos de edad de madres primerizas es tributario de probarlo más a fondo y de que otros puedan utilizarlo. El continuo escrutinio por parte de la propia Mercer ha mejorado continuamente su teoría y ha dado solidez a sus conceptos.

Importancia

El marco teórico para la adopción del rol materno durante el primer año ha demostrado ser útil, práctico y valioso para la enfermería. El trabajo de Mercer se ha utilizado repetidamente en la investigación, la práctica y la formación enfermera. El marco también puede aplicarse a cualquier disciplina que funcione con madres y niños en el primer año de maternidad.

McBride (1984) escribió: «La Dra. Mercer es quien ha desarrollado el marco teórico más completo para estudiar un aspecto de la experiencia de la paternidad, es decir, los factores que influyen en la adopción del rol materno en el primer año de maternidad» (p. 72).

A lo largo de su carrera, Mercer ha vinculado constantemente la investigación y la práctica. Las aplicaciones para el cuidado enfermero o las intervenciones enfermeras son el vínculo entre la investigación y la práctica. Como ha dicho, la investigación enfermera es el «puente hacia la excelencia» en la práctica enfermera (Mercer, 1984, p. 47).

RESUMEN

La teoría de la adopción del rol materno ha demostrado ser útil tanto en la investigación como en la práctica de la enfermería y otras disciplinas relacionadas con la crianza de los hijos. El deseo continuo de Mercer de mejorar la utilidad y la claridad de su teoría y modelo es evidente, y ha servido a aquellos que utilizan su teoría.

El uso de Mercer de su propia investigación y de la investigación de otros fortalece su trabajo. Su propuesta de adoptar la teoría de convertirse en madre se basó de manera sólida en el proceso de investigación. La maternidad y la adopción del rol parental es un proceso multinivel muy complejo. La teoría de Mercer y su trabajo hacen que este proceso sea lógico y comprensible y proporciona una base sólida para la práctica, la formación y la investigación.

Sin embargo, la teoría de la adopción del rol materno sigue en la mente y el corazón de los seguidores de Mercer. La adopción del rol materno sigue siendo el término más utilizado en la investigación y las obras escritas.

Noseff (2014) afirmó lo siguiente con respecto al trabajo de Mercer:

«Ser madre e incorporarse a la crianza es un proceso muy complejo. Tras años de investigación, Mercer ha tomado este proceso y lo ha simplificado, convirtiendo su teoría en una de las pocas disponibles para estudiar y trabajar con las familias después del nacimiento, independientemente del entorno, la edad, las disparidades de salud o la clase socioeconómica.»

CASO CLÍNICO

Susan, una mujer de 19 años, dio a luz prematuramente a su primer hijo hace 5 días.

Aunque durante el posparto no ha habido ningún problema relativamente importante, el niño presenta complicaciones y debe permanecer hospitalizado. Susan y su joven marido acuden al hospital cada tarde para ver al niño, pero no hacen demasiadas preguntas. Hablando con la pareja, la

enfermera descubre que los únicos abuelos del niño viven muy lejos. Susan no tendrá familiares ni amigos a los que recurrir cuando se lleve el bebé a casa. En este caso de alto riesgo perinatal, el marco de Mercer debería ser útil para la valoración e intervención de enfermería con el fin de facilitar la adopción del rol materno. ¿Cómo lo utilizaría como guía para planificar el cuidado de Susan?

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Considere la teoría y el modelo de Mercer sobre la adopción del rol materno como guía para la práctica. Elabore una lista de las formas en que podría usarla para planificar la asistencia de una madre primeriza.
2. Las familias de alto riesgo suelen seguir teniendo problemas años después del nacimiento de un niño con un problema congénito. ¿Qué aspectos de la teoría de Mercer deben adaptarse para la evaluación e intervención con estas madres y sus familias?
3. ¿Aborda el modelo de Mercer adecuadamente los cambios actuales en la prestación de la asistencia sanitaria? ¿Qué cambios en el modelo de Mercer deben abordarse en la práctica futura?
4. Mercer hizo avanzar su teoría desde la *adopción del rol materno* para incluir el hecho de *convertirse en madre* para reflejar la evolución del rol de la maternidad. Plantéese la diferencia entre adoptar el rol materno y convertirse en madre. ¿Qué procesos distintos implican ambas situaciones?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Meighan, M. (2014). Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 332–349). St. Louis: Mosby-Elsevier.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 568–582.

BIBLIOGRAFÍA

- Bacon, A. C. (2001). Maternal role attainment and maternal identity in mothers of premature infants. [Doctoral dissertation, Chicago School of Professional Psychology]. *Dissertation Abstracts International*, 61(8-B). (University Microfilms No. 2001-95004-447.)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burke, P. J., & Tully, J. C. (1977). The measurement of role identity. *Social Forces*, 55(4), 881–897.
- Burr, W. R., Leigh, G. K., Day, R. D., & Constantine, J. (1979). Symbolic interaction and the family. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (Vol. 2, pp. 42–111). New York: Free Press.
- Clark, B. S., Rapkin, D., Busen, N. H., & Vasquez, E. (2001). Nurse practitioners and parent education: A partnership for health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(7), 310–316.
- Copeland, D., & Harbaugh, B. L. (2017). Early maternal efficacy and competence in first-time low-income mothers. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(1), 6–28.
- Dilmore, D. L. (2003). *A comparison of confidence levels of postpartum depressed and non-depressed first-time mothers*. [Unpublished thesis]. Gainesville, FL: University of Florida.
- Donley, M. G. (1993). Attachment and the emotional unit. *Family Process*, 32(1), 3–20.
- Fasanghari, M., Kordi, M., & Asgharipour, N. (2018). Effect of a maternal role training program on maternal identity in primiparous women with unplanned pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(3), 1–16. .ater.
- Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995a). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44(1), 31–37.

- Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995b). Predictors of paternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43(2), 80–85.
- Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995c). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*, 44(2), 89–95.
- Hartrick, G. A. (1997). Women who are mothers: The experience of defining self. *Health Care for Women International*, 18(3), 263–277.
- Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(3), 257–262.
- Mackintosh, J., & Callister, L. (2015). Discovering self: Childbearing adolescents' maternal identity. *Journal of Maternal Child Nursing*, 40(4), 243–248.
- McBride, A. B. (1984). The experience of being a parent. *Annual Review of Nursing Research*, 2, 63–81.
- McBride, A. B., & Shore, C. P. (2001). Women as mothers and grandmothers. *Annual Review of Nursing Research*, 19, 63–85.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meighan, M., & Wood, A. F. (2005). The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 172–179.
- Mercer, R. T. (1977). *Nursing care for parents at risk*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Mercer, R. T. (1979). *Perspectives on adolescent health care*. Philadelphia: Lippincott.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73–77.
- Mercer, R. T. (1984). Nursing research: The bridge to excellence in practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(2), 47–51.
- Mercer, R. T. (1985a). The process of maternal role attainment over the first years. *Nursing Research*, 34(4), 198–204.
- Mercer, R. T. (1985b). The relationship of age and other variables to gratification in mothering. *Health Care for Women International*, 6, 295–308.
- Mercer, R. T. (1986a). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R. T. (1986b). The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Research in Nursing Health*, 9(1), 25–33.
- Mercer, R. T. (1989). Responses to life-span development: A review of theory and practice for families with chronically ill members. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 3, 23–26.
- Mercer, R. T. (1990). *Parents at risk*. New York: Springer.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990a). Predictors of family functioning eight months following birth. *Nursing Research*, 39(2), 76–82.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990b). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 268–280.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43(6), 344–350.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing Health*, 18(4), 333–343.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing Health*, 16(1), 45–56.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., DeJoseph, J., May, K. A., & Sollid, D. (1988). Effects of stress on family functioning during pregnancy. *Nursing Research*, 37(5), 268–275.
- Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. (1984). Social support of teenage mothers. *Birth Defects: Original Article Series*, 20(5), 245–290.
- Mercer, R. T., May, K. A., Ferketich, S., & DeJoseph, J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nursing Research*, 35(6), 339–346.
- Neeson, J. D., Patterson, K. A., Mercer, R. T., & May, K. A. (1983). Pregnancy outcome for adolescents receiving prenatal care by nurse practitioners in extended roles. *Journal of Adolescent Health Care*, 4(2), 94–99.
- Noseff, J. (2014). Theory usage and application paper: Maternal role attainment. *International Journal of Childbirth Education*, 29(3), 58–61.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477.
- Rode, J., & Kiel, E. (2016). The mediated effects of maternal depression and infant temperament on maternal role. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 133–140.
- Rubin, R. (1977). Binding-in in the postpartum period. *Maternal Child Nursing Journal*, 6(2), 67–75.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Sank, J. C. (1991). *Factors in the prenatal period that affect parental role attainment during the postpartum period in black American mothers and fathers*. Austin, Texas: University of Texas.
- Thornton, R., & Nardi, P. M. (1975). The dynamics of role acquisition. *American Journal of Sociology*, 80(4), 870–885.
- Turner, J. H. (1978). *The structure of sociological theory* (revised ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York: George Braziller.
- Walker, L. O., Crain, H., & Thompson, E. (1986a). Maternal role attainment and identity in the postpartum period: Stability and change. *Nursing Research*, 35(2), 68–71.
- Walker, L. O., Crain, H., & Thompson, E. (1986b). Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nursing Research*, 35(6), 322–325.
- Washington, L. J. (1997). Learning needs of adolescent mothers when identifying fever and illnesses in infants less than twelve months of age. [Doctoral dissertation, University of Miami]. *Dissertation Abstracts International*, 57(12-B). (University Microfilms No. 1997-95012-208.)
- Werner, H. (1957). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In D. H. Harris (Ed.), *The concept of development* (pp. 125–148). Minneapolis: University of Minnesota.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

Mercer, R. T. (1977). *Nursing care for parents at risk*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

Mercer, R. T. (1979). *Perspectives on adolescent health care*. Philadelphia: Lippincott.

Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer.

Mercer, R. T. (1990). *Parents at risk*. New York: Springer.

Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.

Artículos de revistas

Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44(1), 31–37.

Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*, 44(2), 89–95.

Mercer, R. T. (1995). A tribute to Reva Rubin. *Maternal Child Nursing*, 20, 184.

Mercer, R. T. (1997). Chronically ill children: How families adjust. *Nurseweek*, 10(9) 14–15, 17.

Mercer, R. T. (1997). The employed mother's challenges. *Nurseweek*, 10(17) 10–11, 15.

Mercer, R. T. (2000). Response to "Life-span development: A review of theory and practice for families with chronically ill members. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14(4), 375–378.

Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing Health*, 18(4), 333–343.



Merle H. Mishel
(1939-2020)[†]

Merle Mishel: teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

Donald E. Bailey, Jr., Yingzi Zhang*

«Mi teoría puede aplicarse tanto a la práctica como a la investigación. Se ha utilizado para explicar situaciones clínicas y diseñar intervenciones que llevan a la práctica basada en la evidencia. Las enfermeras científicas actuales y futuras siguen y seguirán extendiendo la teoría a diferentes poblaciones de pacientes. Este trabajo tiene el potencial para transformar la asistencia sanitaria.»

(Mishel, comunicación personal, mayo de 2008)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Merle H. Mishel nació en Boston, Massachusetts. En 1961 obtuvo una licenciatura en la Boston University y en 1966, un máster en Enfermería Especializada en Atención Psiquiátrica en la University of California. Mishel completó en 1976 otro máster y en 1980 su doctorado en Psicología Social en la Claremont Graduate School, en Claremont, California. En su tesis doctoral, financiada con una beca individual que le fue otorgada por el National Research Service, se centró en el desarrollo y en la evaluación de la Perceived Ambiguity in Illness Scale, posteriormente conocida como la Mishel's Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A). La escala original se ha usado como base para otras tres escalas:

1. Una versión comunitaria (MUIS-C) para los enfermos crónicos que no están hospitalizados ni reciben atención médica activa.
2. Una medida de la percepción de incertidumbre de los padres (PPUS) con respecto a la experiencia de la enfermedad de su hijo.
3. Una medida de la incertidumbre de los cónyuges u otros familiares cuando otro miembro de la familia está gravemente enfermo (PPUS-FM).

Al principio de su carrera profesional, Mishel ejerció como enfermera psiquiátrica en centros de enfermos agudos y en ámbitos comunitarios. Mientras realizaba el doctorado, estaba

en la Facultad de Enfermería de la California State University en Los Ángeles, ascendiendo de profesora ayudante a profesora. De 1973 a 1979 ejerció de enfermera terapeuta tanto en centros públicos como privados. Tras finalizar su doctorado en Psicología Social, en 1981 se trasladó a la Facultad de Enfermería de la University of Arizona como profesora adjunta, y en 1988 obtuvo la plaza de profesora. De 1984 a 1991 fue jefa de enfermeras de la División del Área de Salud Mental. Durante su estancia en la University of Arizona, Mishel recibió un gran número de subvenciones para llevar a cabo sus investigaciones, tanto de la misma universidad como de fuera, con las que se financió un desarrollo continuado del marco teórico para la incertidumbre frente a la enfermedad. A lo largo de este período siguió ejerciendo como enfermera terapeuta en un programa de trasplantes de corazón en el centro médico de la universidad. En 1990 fue nombrada miembro de la American Academy of Nursing.

Mishel regresó a la costa este de EE. UU. en 1991 y se incorporó al cuerpo docente de la Escuela de Enfermería Chapel Hill de la University of North Carolina como profesora, y en 1994 se le concedió la cátedra patrocinada Kenan Professor of Nursing. En 1997 los amigos del National Institute of Nursing Research otorgaron a Mishel un premio por su mérito en la investigación y la invitaron a que presentara su investigación en el Congressional Breakfast de 1999 para que sirviera como ejemplo de los estudios de intervención enfermera financiados por el Gobierno norteamericano. Fue directora del Premio T-32 Institutional National Research Service Award Training Grant, Interventions for Preventing and Managing Chronic Illness, que recompensa los trabajos becados de investigación pre- y posdoctorales a profesionales

*Los autores quieren dar las gracias a la Dra. Janet L. Stewart por sus aportaciones a este capítulo.

[†]Fotografía: University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

de enfermería interesados en el desarrollo de intervenciones para atender a pacientes con enfermedades crónicas. El programa de investigación de Mishel sobresale por haber estado financiado ininterrumpidamente por los National Institutes of Health entre 1984 y 2011. Cada subvención se ha sustentado en los hallazgos de estudios anteriores para avanzar de forma sistemática hacia intervenciones de enfermería comprobadas científicamente y derivadas de la teoría. Mishel colideró el Hillman Scholars Program, diseñado para formar a una nueva generación de profesionales de enfermería innovadores con conocimiento y competencias en investigación para resolver problemas sanitarios complejos y mejorar los cuidados de los pacientes.

Entre sus muchos premios, Mishel recibió una beca predoctoral de investigación en enfermería de la Sigma Theta Tau Sigma Xi Chapter de 1977 a 1979 y el Premio a la Investigación Mary Opal Wolanin en 1986. Fue becaria visitante en numerosas instituciones de EE. UU., como la University of Nebraska, la University of Texas en Houston, la University of Tennessee en Knoxville, la University of South Carolina, la University of Rochester, la Yale University y la McGill University. También colaboró en programas doctorales como consultora en las Facultades de Enfermería de la University of Cincinnati de 1991 a 1992 y para la Rutgers University en 1993. En 2004, Mishel recibió el Premio Linnea Henderson Research Fellowship Program, de la Facultad de Enfermería de la Kent State University. A lo largo de 20 años, Mishel ofreció más de 80 charlas en escuelas de enfermería de EE. UU. y Canadá. Como reflejo de este interés internacional creciente en su teoría y modelos de medición, Mishel dirigió un International Symposium on Uncertainty en la Kyungpook National University de Daegu (Corea del Sur), fue académica visitante en la Mahidol University en Bangkok (Tailandia) y ofreció el discurso inaugural en la convención anual de la Japanese Society of Nursing Research, en Sapporo (Japón).

Mishel fue miembro de muchas organizaciones profesionales, como la Academy of Nursing, la Sigma Theta Tau International, la American Psychological Association, la American Nurses Association, la Society of Behavioral Medicine, la Oncology Nursing Society, la Southern Nursing Research Society y la Society for Education and Research in Psychiatric Nursing. Asimismo, trabajó como revisora de las subvenciones que otorga el National Cancer Institute, el National Center for Nursing Research y el National Institute on Aging, y fue miembro fundadora de la sección en la que se estudia el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) del National Institute of Mental Health. La Dra. Mishel se jubiló de la University of North Carolina, en Chapel Hill, en 2014. Murió el 25 de abril de 2020 en Bloomfield, Connecticut.

FUENTES TEÓRICAS

Cuando Mishel comenzó su investigación sobre la incertidumbre, el concepto no se había aplicado en el contexto de la salud y la enfermedad. Su teoría original de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988) se basó en los modelos de procesamiento de la información existentes (Warburton, 1979) y en

la investigación de la personalidad (Budner, 1962), procedentes de la psicología, que caracterizaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de la insuficiencia de pistas con las que formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o suceso. Mishel atribuye el marco subyacente de estrés-valoración-afrontamiento-adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman (1984). Lo que sí es exclusivo de Mishel es la aplicación de este marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, una propuesta que resulta valiosa para las enfermeras.

Con la reconceptualización de la teoría, Mishel (1990) reconoció que el enfoque de la ciencia en los países occidentales apoyaba una visión mecanicista que hacía hincapié en el control y la previsibilidad. Mishel usó la teoría social crítica para reconocer el sesgo inherente de la teoría original, a saber, la orientación hacia la certeza y la adaptación. Así, agregó los principios de la teoría del caos y los sistemas abiertos para obtener una representación más precisa del modo en que una enfermedad crónica provoca el desequilibrio, y del modo en que las personas incorporan un estado de continua incertidumbre para así encontrar un nuevo sentido a la enfermedad.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad surgió de la investigación para la tesis doctoral de Mishel sobre pacientes hospitalizados, en la que utilizó resultados cualitativos y cuantitativos para generar la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de la enfermedad. Con la publicación de la Mishel's Uncertainty in Illness Scale (Mishel, 1981) se inició una extensa investigación sobre las experiencias de incertidumbre relacionada con las enfermedades crónicas y potencialmente mortales en adultos. Se han recogido pruebas empíricas significativas que confirman el modelo teórico de Mishel en las personas adultas. Se han llevado a cabo varias revisiones integradoras y metaanálisis de la investigación sobre la incertidumbre, en las que se resume y critica exhaustivamente el estado de la ciencia (Gunter, 2018; Mishel, 1997a, 1999; Stewart y Mishel, 2000; Zhang, 2017; Zhang et al., 2020; Zhang y Kwekkeboom, 2020; Szulczewski et al., 2017). En este capítulo se incluyen los estudios que apoyan de modo directo los elementos que presenta Mishel en su modelo de incertidumbre.

La mayoría de los estudios empíricos se han centrado en dos antecedentes de la incertidumbre: el marco de los estímulos y los proveedores de la estructura, así como en la relación entre la incertidumbre y los resultados psicológicos. Mishel puso a prueba otros elementos del modelo en sus primeras investigaciones, como las funciones mediadoras de la evaluación y el afrontamiento (Mishel et al., 1991; Mishel y Braden, 1987; Mishel y Sorenson, 1991), y estos elementos se han incorporado recientemente en varios estudios de intervención sobre la gestión de la incertidumbre (Brashers et al., 2017; Cohen et al., 2016).

Varios estudios han demostrado que los indicadores objetivos o subjetivos de la gravedad de la amenaza de la muerte

o de los síntomas de una enfermedad se asocian positivamente con la incertidumbre (Baird y Eliasziw, 2011; Cohen et al., 2016; Somjaivong et al., 2011). A lo largo de una trayectoria de enfermedad sostenida, la imprevisibilidad de la aparición, duración e intensidad de los síntomas se ha relacionado con la incertidumbre percibida (Arroll et al., 2012; Kim et al., 2012). Del mismo modo, la naturaleza ambigua de los síntomas de la enfermedad y la consiguiente dificultad para determinar el significado de las sensaciones físicas se han identificado como fuentes de incertidumbre (Hilton, 1988; Lin et al., 2015).

Se ha demostrado que el apoyo social tiene un efecto directo sobre la incertidumbre al reducir la complejidad percibida y un efecto indirecto a través de su influencia en la previsibilidad del patrón de los síntomas (Donovan et al., 2014; Lin, 2012; Mishel y Braden, 1988; Scott et al., 2011). La percepción del estigma asociado a algunas enfermedades, en particular la infección por VIH (Regan-Kubinski y Sharts-Hopko, 1995) y el síndrome de Down (Van Riper y Selder, 1989), provocaba incertidumbre cuando las familias no estaban seguras de cómo responderían los demás al diagnóstico. Se ha demostrado que los miembros de la familia también experimentan altos niveles de incertidumbre, lo que puede reducir aún más la cantidad de apoyo que recibe el paciente (Baird y Eliasziw, 2011; Brown y Powell-Cope, 1991; Hilton, 1996). La incertidumbre se acentuó en las interacciones con los profesionales sanitarios cuando los pacientes y los familiares recibieron información poco clara, obtuvieron explicaciones simplistas que no se ajustaban a su experiencia o percibieron que los profesionales sanitarios no eran lo suficientemente expertos o receptivos para ayudarles a gestionar las complejidades de la enfermedad (Checton y Greene, 2012; Step y Ray, 2011).

Numerosos estudios han descrito los efectos negativos de la incertidumbre en los resultados psicológicos, caracterizados de diversas maneras como ansiedad, depresión, desesperanza, malestar psíquico (Arroll et al., 2012; Kim y So, 2012; Miles et al., 1992; Mishel y Sorenson, 1991; Page et al., 2012), trastorno por estrés posttraumático (Tackett et al., 2016), la calidad de vida (Lasker et al., 2011; Somjaivong et al., 2011; Song et al.,

2011), la satisfacción con las relaciones familiares (Wineman et al., 1993), la satisfacción con los servicios sanitarios (Tai-Seale et al., 2012) y el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado de los familiares cuidadores (O'Brien et al., 1995). También se ha demostrado que la incertidumbre influye en la experiencia negativa de los síntomas de las supervivientes al tratamiento del cáncer de mama (Hall et al., 2014).

En 1990, la teoría original se amplió para incluir la idea de que la incertidumbre podría no resolverse, sino convertirse en parte de la realidad de un individuo. En este contexto, la incertidumbre se reinterpreta como una oportunidad y origina un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad. En el caso de que el paciente quiera adoptar esta nueva visión de la vida, tiene que confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, y este, a su vez, tiene que aceptar la idea del pensamiento probabilístico (Mishel, 1990). Si la incertidumbre se interpreta como una parte normal de la vida, esta puede convertirse en una fuente positiva, con múltiples oportunidades que provoquen estados de ánimo positivos (Mishel, 1990).

La reconceptualización de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad ha encontrado apoyo en estudios predominantemente cualitativos de personas con enfermedades crónicas y potencialmente mortales. El proceso de formulación de una nueva visión de la vida se describe como una perspectiva vital revisada (Hilton, 1988), nuevos objetivos vitales (Carter, 1993), nuevas formas de estar en el mundo (Mast, 1998), crecimiento a través de la incertidumbre (He et al., 2016) y nuevos niveles de autoorganización (Fleury et al., 1995). En estudios realizados sobre hombres con enfermedades crónicas o sus cuidadores, el proceso se describe como una transformación de la identidad propia y nuevos objetivos vitales (Brown y Powell-Cope, 1991), una perspectiva más positiva de la vida (Katz, 1996), la reevaluación de lo que vale la pena (Nyhlin, 1990), la contemplación y la autoevaluación (Charmaz, 1995), la interpretación de la incertidumbre como una oportunidad (Baier, 1995) y la redefinición de lo normal y la construcción de nuevos sueños (Mishel y Murdaugh, 1987).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Incetidumbre

La **incetidumbre** es la incapacidad de determinar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad, y se produce cuando el responsable de la toma de decisiones es incapaz de asignar un valor definitivo a los objetos o acontecimientos, o de predecir los resultados con exactitud (Mishel, 1988).

Esquema cognitivo

El **esquema cognitivo** es la interpretación subjetiva de una persona con respecto a la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización (Mishel, 1988).

Marco de los estímulos

El **marco de los estímulos** es la forma, la composición y la estructura de los estímulos que una persona percibe y que luego se estructuran en un esquema cognitivo (Mishel, 1988).

Tipología de los síntomas

La **tipología de los síntomas** es el grado en que los síntomas ocurren con suficiente uniformidad como para ser percibidos como un modelo o configuración (Mishel, 1988).

Familiaridad de los hechos

La **familiaridad de los hechos** es el grado en que una situación es habitual o repetitiva o contiene señales reconocibles (Mishel, 1988).

Coherencia de los hechos

La **coherencia de los hechos** se refiere a la congruencia entre lo esperado y lo experimentado en los sucesos relacionados con la enfermedad (Mishel, 1988).

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Fuentes de la estructura

Las **fuentes de la estructura** son los recursos disponibles para ayudar a una persona a interpretar el marco de los estímulos (Mishel, 1988).

Autoridad con credibilidad

La **autoridad con credibilidad** es el grado de confianza que una persona tiene en el personal sanitario que la atiende (Mishel, 1988).

Apoyos sociales

Los **apoyos sociales** influyen en la incertidumbre al ayudar al individuo a interpretar el significado de los hechos (Mishel, 1988).

Capacidades cognitivas

Las **capacidades cognitivas** son las habilidades de una persona para procesar la información, que reflejan tanto las capacidades innatas como las limitaciones situacionales (Mishel, 1988).

Inferencia

La **inferencia** se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas (Mishel, 1988).

Ilusión

La **ilusión** se refiere a las creencias construidas a partir de la incertidumbre (Mishel, 1988).

Adaptación

La **adaptación** refleja el comportamiento biopsicosocial que se produce dentro de la variedad de comportamientos habituales definidos individualmente por las personas (Mishel, 1988).

Nueva perspectiva de la vida

La **nueva perspectiva de la vida** se refiere a la formulación de un nuevo sentido del orden, resultante de la integración de la incertidumbre continua en la propia estructura, en la que la incertidumbre se acepta como el ritmo natural de la vida (Mishel, 1988).

Pensamiento probabilístico

El **pensamiento probabilístico** se refiere a la creencia en un mundo condicional en el que se abandona la expectativa de una certeza y una predictibilidad continuas (Mishel, 1988).

PRINCIPALES PREMISAS

Persona

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel es una teoría de nivel medio centrada en las personas. La teoría original de Mishel sobre la incertidumbre frente a la enfermedad, publicada en 1988, incluía varias premisas principales (fig. 28.1). Las dos primeras reflejaban la conceptualización de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología:

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación de un esquema cognitivo existente para apoyar la interpretación de los hechos relacionados con la enfermedad.
2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se evita hasta que se valora como tal. Otros dos supuestos reflejan las raíces de la teoría de la incertidumbre en los modelos tradicionales de estrés y afrontamiento, que plantean una relación lineal entre el estrés y el afrontamiento y la adaptación, como se indica a continuación:
3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial habitual de un individuo y es el resultado deseado de los esfuerzos de afrontamiento para reducir la incertidumbre percibida como un peligro o mantener la incertidumbre percibida como una oportunidad.
4. Las relaciones entre los acontecimientos de la enfermedad, la incertidumbre, la valoración, el afrontamiento y la adaptación son lineales y unidireccionales, dirigiéndose desde

las situaciones que promueven la incertidumbre hacia la adaptación.

Mishel cuestionó las premisas 3 y 4 en su reconceptualización de la teoría en 1990. La reconceptualización surgió como resultado de los descubrimientos contradictorios que se obtuvieron al aplicar la teoría a enfermos crónicos. La formulación original de la teoría sostenía que la incertidumbre normalmente solo se contempla como una oportunidad cuando representa una trayectoria descendente conocida; en otras palabras, la incertidumbre se valora como una oportunidad cuando sirve de alternativa a una certeza negativa. Sin embargo, Mishel y otros autores constataron que las personas consideran la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso de personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que, en este contexto, cambian su enfoque de la vida.

Fue entonces cuando Mishel recurrió a la teoría del caos para explicar cómo la incertidumbre prolongada podía funcionar como catalizador para cambiar la perspectiva de una persona sobre la vida y la enfermedad. La teoría del caos aportó dos de las siguientes premisas teóricas que sustituyen la parte del modelo correspondiente al estrés lineal por el afrontamiento para adaptarse, de la siguiente manera:

- Las personas, como sistemas biopsicosociales, suelen funcionar en estados alejados del equilibrio.
- Las grandes fluctuaciones en un sistema alejado del equilibrio aumentan la receptividad del sistema al cambio.

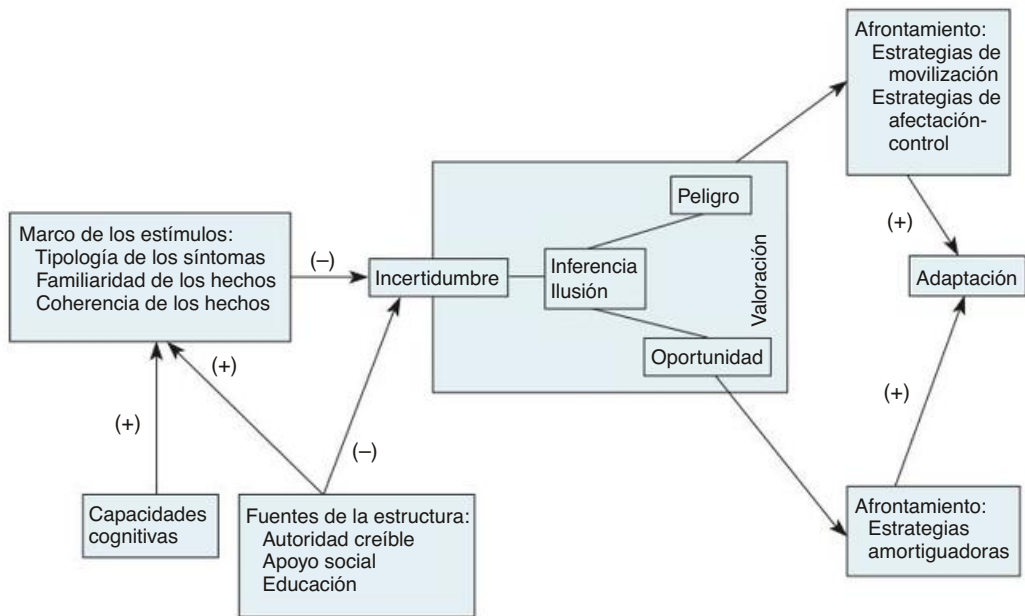


Fig. 28.1 Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad. (Tomado de Mishel, M. H. *Uncertainty in illness*. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 226.)

- Las fluctuaciones dan lugar a un reajuste, que se repite en cada nivel del sistema.

En la teoría reconceptualizada de Mishel, no cambian ni los antecedentes de la incertidumbre ni el proceso de valoración cognitivo de la incertidumbre como peligro u oportunidad. Sin embargo, la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables. La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocados por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Lo ideal sería que, en condiciones de incertidumbre crónica, la persona se aleja gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre para adoptar una nueva percepción de la vida que acepta la incertidumbre como parte de la realidad (fig. 28.2). Por consiguiente, la incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas y en enfermedades potencialmente mortales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir a raíz de situaciones de incertidumbre.

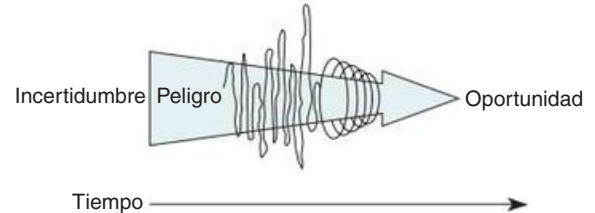


Fig. 28.2 Modelo reconceptualizado de la incertidumbre frente a la enfermedad crónica. (Copyright Merle Mishel, 1990.)

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Mishel afirmó lo siguiente (1988, 1990):

- La incertidumbre se produce cuando una persona no puede estructurar o clasificar adecuadamente un suceso relacionado con la enfermedad debido a la falta de indicios suficientes.
- La incertidumbre puede adoptar la forma de ambigüedad, complejidad, falta de información, información incoherente, o imprevisibilidad.
- A medida que aumenta la tipología de los síntomas, la familiaridad con los hechos y la congruencia de los hechos (marco de los estímulos) aumentan y la incertidumbre disminuye.
- Las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) reducen directamente la

incertidumbre al promover la interpretación de los hechos e indirectamente al fortalecer el marco de los estímulos.

- La incertidumbre valorada como un peligro provoca iniciativas de afrontamiento dirigidas a reducir la incertidumbre y a gestionar la excitación emocional generada por ella.
- La incertidumbre valorada como una oportunidad provoca iniciativas de afrontamiento dirigidas a mantener la incertidumbre.
- La influencia de la incertidumbre en los resultados psicológicos está mediada por la eficacia de las iniciativas de afrontamiento para reducir la incertidumbre valorada como un peligro o para mantener la incertidumbre valorada como una oportunidad.
- Cuando la incertidumbre valorada como un peligro no puede reducirse eficazmente, pueden utilizarse estrategias de afrontamiento para gestionar la respuesta emocional.
- Cuanto más se prolongue la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento previamente aceptado por el individuo.
- En condiciones de incertidumbre duradera, los individuos pueden desarrollar una nueva perspectiva probabilística de la vida, que acepta la incertidumbre como una parte natural de esta.
- El proceso de integración de la incertidumbre continua en una nueva forma de ver de la vida puede verse bloqueado o prolongado por las fuentes de la estructura que no respaldan el pensamiento probabilístico.
- La exposición prolongada a la incertidumbre valorada como un peligro puede provocar pensamientos intrusivos, evitación y un grave malestar emocional.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Como teoría de nivel medio derivada de la práctica clínica y aplicable a ella, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel es un ejemplo de los múltiples pasos necesarios para desarrollar una teoría con valor tanto heurístico como práctico. Sin ser estrictamente deductivo o inductivo, el trabajo teórico de Mishel surgió de las cuestiones que esta planteó acerca de la naturaleza de un problema clínico relevante; a esto sucedió una investigación cualitativa y cuantitativa sistemática y la aplicación esmerada de la teoría adoptada de otras disciplinas. Con la publicación de su teoría original en 1988, Mishel y otros autores han llevado a cabo numerosos exámenes empíricos de las relaciones entre los principales conceptos del modelo, y así han aplicado y confirmado plenamente la teoría en contextos de enfermedad. En 1990, la reconceptualización que hizo Mishel de su teoría fue deductiva. Se basó en los principios de la teoría del caos y se confirmó con pruebas empíricas pertenecientes a múltiples estudios cualitativos, con las que se llegó a la conclusión de que las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo en caso de enfermedades crónicas graves. La teoría de Mishel representa el proceso bidireccional

por el que la teoría cumple un papel informativo, y también es adecuada para la investigación.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La teoría de Mishel describe un fenómeno que experimentan los enfermos agudos y crónicos y sus familias. La teoría fraguó con la propia experiencia de Mishel al ser testigo de la batalla que libró su padre contra el cáncer. Durante su enfermedad, este comenzó a prestar atención a ciertos hechos que se antojaban insignificantes para las personas que lo rodeaban. Su respuesta a por qué se fijaba en esos hechos fue que, cuando esas actividades se llevaban a cabo, él podía entender qué le estaba pasando. Mishel creyó que era el modo que tenía su padre de controlar la situación y encontrar un sentido a lo que le estaba sucediendo. Al principio de elaborar su teoría, Mishel comprendió que las enfermeras podían identificar el fenómeno basándose en sus experiencias con los pacientes.

Varias enfermeras trasladaron la teoría de la investigación a la práctica. Hansen et al. (2012) sintetizaron los hallazgos de estudios cualitativos para obtener una tipología de las experiencias de incertidumbre de los pacientes que guía el compromiso y la intervención de la enfermería. Asimismo, la teoría se ha utilizado en las recomendaciones para la práctica de los cuidados de enfermería críticos, cardíacos, médico-quirúrgicos y enterostomales (Carroll et al., 2014; Hilton, 1992; Righter, 1995).

Según una revisión de la base de datos de los usuarios de la escala Managing Uncertainty in Illness Scale (Mishel, 1997b), los profesionales sanitarios con formación de máster tratan de comprender la experiencia de la incertidumbre en una variedad de ámbitos clínicos y poblaciones de pacientes. Los médicos de 16 países han utilizado la escala y la teoría de Mishel.

Formación

La teoría ha sido ampliamente utilizada por los estudiantes de posgrado como marco teórico para tesis y monografías, como tema de análisis conceptual y para la crítica de las teorías de enfermería de nivel medio. Mishel emplea la teoría como ejemplo para ilustrar de qué modo guía el desarrollo de las intervenciones de enfermería en sus cursos de nivel doctoral. A lo largo de su distinguida trayectoria profesional Mishel presentó conferencias, seminarios y simposios de enfermería a escala nacional e internacional, y compartió sus hallazgos empíricos y el proceso de desarrollo teórico con profesores y estudiantes.

Investigación

Como se ha descrito anteriormente, los investigadores han generado un amplio conjunto de conocimientos utilizando la teoría y las escalas de la incertidumbre frente a la enfermedad. El programa de investigación de Mishel abarca el análisis de

las intervenciones de la enfermería psicoeducativa, basadas en el modelo teórico, en casos de adultos con cáncer de mama o de próstata. Las escalas y la teoría son utilizadas por enfermeras dedicadas a la investigación y por científicos de otras disciplinas para describir y explicar las reacciones psicológicas de las personas que sufren de incertidumbre frente a un estado de enfermedad y prueban intervenciones para abordar dicha incertidumbre en contextos mórbidos. Las escalas se han traducido a doce idiomas y se han usado en investigaciones en todo el mundo. Mishel (1997a, 1999) revisó la investigación realizada sobre la incertidumbre en las enfermedades agudas y crónicas y fue coautora de una revisión de investigación sobre la incertidumbre en enfermedades infantiles (Stewart y Mishel, 2000). Las investigaciones actuales sobre la incertidumbre en la enfermedad, aunque siguen generando evidencias empíricas de la teoría, cada vez se centran más en la demostración teórica de las intervenciones.

EVOLUCIÓN

Mishel et al. utilizaron la teoría original como marco para siete estudios de intervención de enfermería financiados por el gobierno federal. La intervención ha aumentado los conocimientos sobre el cáncer, ha reducido la carga de los síntomas y ha mejorado la calidad de vida en mujeres mexicano-estadounidenses, caucásicas y afroamericanas con cáncer de mama, en hombres afroamericanos y caucásicos recién diagnosticados de cáncer de próstata y en hombres con cáncer de próstata localizado, avanzado o recurrente y sus familiares (Germino et al., 2013; Gil et al., 2004, 2005, 2006; Mishel et al., 2002, 2003, 2009).

La aplicabilidad de la teoría al contexto de las enfermedades infantiles graves ha sido respaldada en padres de niños con infección por el VIH (Santacrose et al., 2002) y en niños sometidos a tratamientos para el cáncer (Lin et al., 2010; Stewart, 2003; Stewart et al., 2010a, 2010b). Bailey utilizó la teoría para apoyar la investigación en la hepatitis C crónica (Bailey et al., 2009, 2010) y ha comprobado una intervención de autogestión de la incertidumbre en pacientes que esperan un trasplante de hígado y en sus cuidadores (Bailey et al., 2017).

A partir de datos cualitativos que apoyan la teoría reconceptualizada, Mishel y Fleury (1994) desarrollaron la Growth Through Uncertainty Scale (GTUS) para medir la nueva visión de la vida que puede surgir de la incertidumbre continua. Los investigadores también han utilizado la teoría reconceptualizada para comprender la experiencia de la incertidumbre de los supervivientes a largo plazo de cáncer de mama (Mast, 1998) y de personas con esquizofrenia y sus familiares (Baier, 1995). La teoría reconceptualizada sirvió como base para el estudio de intervenciones de enfermería de Mishel y otros en mujeres de menos de 50 años que se enfrentaban a las incertidumbres continuas inherentes a sobrevivir al cáncer de mama. Bailey utilizó la teoría y los datos de entrevistas cualitativas con hombres de edad avanzada que habían optado por la actitud expectante

como tratamiento del cáncer de próstata, para desarrollar una intervención de enfermería dirigida a integrar la incertidumbre en sus vidas, ver sus vidas desde una perspectiva positiva y mejorar su calidad de vida (Bailey et al., 2007). En el primer estudio de la intervención para gestión de la incertidumbre ante la actitud expectante, los hombres llegaron a ver sus vidas desde una perspectiva nueva y positiva, refirieron que su calidad de vida era más alta que la del grupo de control, y esperaban que se mantuviera alta en el futuro (Bailey et al., 2004). Wallace (actualmente Kazer) y Bailey llevaron a cabo una prueba piloto de una versión web de la intervención dirigida a hombres con cáncer de próstata sometidos a vigilancia activa (anteriormente denominada *actitud expectante*) (Kazer et al., 2011).

Las importantes pruebas empíricas que respaldan las teorías de la incertidumbre frente a la enfermedad proporcionan una base sólida para extender la teoría al desarrollo de intervenciones y mejorar los resultados de los pacientes y sus familias. Además de los propios estudios de Mishel sobre intervenciones en pacientes con cáncer de mama o de próstata, una serie de investigadores han verificado las intervenciones para ayudar a los pacientes a manejar la incertidumbre. Muchos estaban dirigidos a reducir las fuentes de incertidumbre (Brashers et al., 2017; McCaughan et al., 2018). Otros se centraron en la prestación de apoyo (Maheu et al., 2015; McCaughan et al., 2018) y en estrategias de afrontamiento específicas (Bailey et al., 2017) para ayudar a los pacientes a gestionar su incertidumbre.

A medida que el paradigma de la práctica clínica pasa de centrarse en el paciente a la atención a la familia, la investigación emergente sobre la incertidumbre empieza a centrarse en la diada del paciente con cáncer y su pareja. Aunque la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel aborda las experiencias de incertidumbre de los pacientes, la realidad es que tanto los pacientes como sus parejas experimentan incertidumbre en relación con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer (Zhang, 2017). Se desarrolló una intervención de gestión de la incertidumbre basada en la diada, que consistía en información adaptada dirigida a los antecedentes de la incertidumbre, como la falta de conocimiento y de apoyo social entre los miembros de la diada y el entrenamiento de habilidades de afrontamiento para ayudar a los pacientes y a sus parejas a hacer frente a la incertidumbre en caso de un diagnóstico de cáncer de mama. Los resultados sugieren que la intervención fue factible y proporciona una base para el perfeccionamiento futuro y la comprobación en un estudio a gran escala (Zhang y Kwekkeboom, 2020).

CRÍTICA

Claridad

La **incertidumbre** es el concepto principal de esta teoría y se define como un estado cognitivo en el que los individuos son incapaces de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad (Mishel, 1988). La teoría original sostiene que controlar la incertidumbre es esencial para

conseguir la adaptación durante la enfermedad, y explica el modo en que las personas procesan cognitivamente los hechos asociados a la enfermedad y el modo en que les dan un significado. Los conceptos de la teoría original se organizaron en un modelo lineal en torno a las siguientes tres ideas principales:

1. Antecedentes de la incertidumbre.
2. Proceso de valoración de la incertidumbre.
3. Afrontamiento de la incertidumbre.

El marco es claro y fácil de seguir. Entre los antecedentes de la incertidumbre se encuentran el marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura. En el modelo lineal, las variables antecedentes tienen una relación inversa, tanto directa como indirecta, con la incertidumbre.

El segundo componente conceptual del modelo es la **valoración**. La incertidumbre se contempla como un estado neutro, ni positivo ni negativo, hasta que el individuo la somete a valoración. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos: inferencia e ilusión. La inferencia se forma a raíz de la disposición del individuo, que incluye la capacidad de inventiva adquirida, el dominio y el área de control. Se refiere a la creencia del individuo de que puede llegar a controlar los acontecimientos de su vida. La ilusión es una creencia que nace de la incertidumbre y que considera los aspectos positivos de una situación. Basada en el proceso de evaluación, la incertidumbre se interpreta bien como un peligro, bien como una oportunidad. La incertidumbre vista como un peligro se da cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo. Por el contrario, la incertidumbre vista como una oportunidad es fruto de la ilusión, aunque la inferencia también puede conducir a que la persona valore la situación como si se pudiesen obtener resultados positivos. En este caso, se prefiere el estado de incertidumbre y la persona mantiene la esperanza.

La tercera idea del modelo original sobre la incertidumbre es el **afrontamiento**. El afrontamiento se produce de dos modos, y tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se divide en acción directa, vigilancia, búsqueda de información para coordinar estrategias, control del sistema afectivo por medio de la fe, desprendimiento de todo lo que asfixia y apoyo psicológico. Si la incertidumbre se valora como una oportunidad, el afrontamiento actúa como amortiguador para mantener la incertidumbre.

La teoría original se reconceptualizó en 1990 para incorporar la idea de que la enfermedad crónica se desarrolla a lo largo del tiempo, posiblemente años, y con ello se vuelve a valorar la incertidumbre. La persona es vista como un sistema abierto que intercambia energía con su entorno y, más que tratar de volver a una situación de estabilidad, los enfermos crónicos deberían pensar en una orientación del mundo compleja y dar un nuevo significado a sus vidas. Si la incertidumbre se interpreta como una perspectiva normal de la vida, esta puede convertirse en una fuente positiva, con múltiples oportunidades que provoquen estados de ánimo positivos. Para llegar a este punto, la persona tiene que creer en la probabilidad, lo que le permitirá estudiar un gran

número de posibilidades y tener en consideración muchas maneras de conseguirlas a medida que el paciente baraja diversas reacciones ante situaciones diferentes y se da cuenta de que la vida puede cambiar de un día para otro.

Mishel describió este proceso como una nueva visión de la vida en la que la incertidumbre pasa de ser vista como un peligro a considerarse como una oportunidad. En el caso de que el paciente quiera adoptar esta nueva perspectiva de la vida, tiene que confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, y este, a su vez, tiene que adoptar el pensamiento probabilístico. La relación entre el personal sanitario y el paciente tiene que concentrarse en percibir esa continua incertidumbre y en enseñar al paciente a usar la incertidumbre para encontrar distintas explicaciones a los hechos. Por tanto, las fuentes de la estructura, incluidas en la teoría original, se mantienen en el modelo reconceptualizado.

A pesar de la complejidad y la dimensionalidad de los dos modelos, se presentan con claridad y se conceptualizan de forma exhaustiva. En 1981, Mishel presentó su modelo de medición; en 1988, su modelo teórico original, y en 1990, su teoría reconceptualizada; todas estas publicaciones explican con detalle el modelo para su aplicación en el ámbito clínico y también en el de la investigación.

Sencillez

Los dos modelos de incertidumbre frente a la enfermedad contienen conceptos que comprenden relaciones que van de simples a complejas y de directas a indirectas. Existen once conceptos principales reunidos entre las tres ideas de la teoría original, además de varios conceptos nuevos que se incluyeron en el modelo una vez reconceptualizado. Los antecedentes de la incertidumbre son concisos, y sus definiciones son claras y simples. El componente de la valoración es complejo porque representa los procesos cognitivos con las creencias y los valores de la persona. La fase de afrontamiento de la teoría también es compleja, puesto que depende de la parte del modelo de la valoración y, de nuevo, engloba diferentes tipos de estrategias que van orientadas a la adaptación. La parte del modelo que corresponde a los resultados está diferenciada en dos conceptualizaciones de la teoría: la relativa a pacientes con enfermedades graves y la relativa a la ampliación del modelo, que tiene como finalidad que los pacientes se adapten a convivir con su enfermedad crónica. Si bien los modelos no son simples, las definiciones de los conceptos y las relaciones entre ellos funcionan bien y su comprensión es fácil.

Generalidad

La teoría explica cómo los individuos construyen el significado de los hechos relacionados con la enfermedad. Son generalizables y de carácter amplio, y pueden aplicarse tanto a los mismos enfermos como a las parejas o los padres de las personas que sufren de incertidumbre a causa de una enfermedad. El concepto de autoridad con credibilidad puede aplicarse a médicos, enfermeras y demás personal sanitario. Las teorías pueden aplicarse en varias áreas de la práctica enfermera y han

sido utilizadas por personal sanitario para tratar a personas con enfermedades graves y crónicas como cáncer, enfermedades cardíacas y esclerosis múltiple.

Accesibilidad

Mishel derivó ambos modelos teóricos de su programa de investigación. Muchos de los conceptos, postulados y relaciones entre las variables se apoyan en la investigación empírica. Los conceptos están bien descritos, y sus relaciones se construyen de forma precisa con definiciones operativas claras y contrastadas. Las pruebas de la teoría se han desarrollado en el campo de la investigación y en centros clínicos. La teoría ha conducido al desarrollo y la verificación de intervenciones de enfermería para manejar la incertidumbre.

Importancia

Las consecuencias deducibles se determinan examinando si una teoría guía la investigación, fundamenta la práctica, aporta

nuevas ideas y diferencia el enfoque de la enfermería del de otras profesiones.

El trabajo de Mishel es un ejemplo de teoría de nivel medio que aporta información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades graves y crónicas.

La teoría ha generado investigaciones empíricas relevantes en las que se ha estudiado a personas adultas que padecen una enfermedad y sus familias; las teorías siguen fomentando nuevos campos de investigación, como el estudio de la incertidumbre en niños, en ancianos que adoptan una conducta expectante como único tratamiento para el cáncer de próstata y en el personal sanitario que informa a los pacientes de las opciones de tratamiento existentes en casos de pronósticos inciertos. Mishel considera que, al definir y conceptualizar un problema clínico importante, su trabajo apoya y enriquece la práctica enfermera. La teoría y su reconceptualización representan los marcos basados y dirigidos a la práctica, lo que las convierte en un proceso esencial para la enfermería al tratarse de una disciplina práctica.

RESUMEN

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad proporciona un marco global en el que considerar la experiencia de la enfermedad aguda y crónica y organizar las intervenciones de enfermería para promover un ajuste óptimo. La teoría ayuda a explicar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad importante o de una condición crónica, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente en una experiencia de enfermedad y la importancia de los cuidadores profesionales para proporcionar información y apoyo a los

individuos para comprender y manejar la incertidumbre. La teoría reconceptualizada se dirige al contexto único de incertidumbre continuada y, por tanto, amplía la teoría original para abarcar la trayectoria de incertidumbre continua de muchas enfermedades crónicas y que ponen en peligro la vida. La teoría original y su reconceptualización están bien explicadas, proporcionan apoyo a las bases teóricas y confirmación empírica, y puede aplicarse a muchos contextos de enfermedad para apoyar la práctica enfermera basada en datos científicos.

CASO CLÍNICO

Parte 1: teoría original

A Rosie, de 45 años y madre de tres hijos, le han diagnosticado un cáncer de mama en estadio 3. Se le detectó una masa en la mama izquierda durante su revisión ginecológica anual, y se ha sometido a un extenso estudio diagnóstico, que incluye una mamografía y una biopsia del ganglio centinela. Fue derivada por su médico de atención primaria a un programa de cáncer de mama en el centro médico regional a 2 h de su casa. El equipo multidisciplinario ha recomendado que Rosie sea sometida a quimioterapia preoperatoria, seguida de una mastectomía parcial y cirugía reparadora. El marido de Rosie la ha acompañado a la mayoría de las visitas médicas, aunque no pudo asistir a la visita final donde se le recomendó el tratamiento.

Lily, la enfermera de práctica avanzada que coordina los cuidados de Rosie (fuente de estructura-autoridad creíble),

dirige sus intervenciones hacia las numerosas fuentes de incertidumbre para Rosie y su familia, como la falta de información sobre las opciones de tratamiento y los resultados (familiaridad con los hechos), el desconocimiento del entorno terapéutico (familiaridad con los hechos), las expectativas de los efectos secundarios de la quimioterapia y la recuperación postoperatoria (tipología de los síntomas), los efectos del tratamiento en las relaciones familiares y el pronóstico. En concreto, Lily se dirige a responder muchas preguntas de Rosie sobre por qué su plan terapéutico es diferente del que le comentó su médico de atención primaria (congruencia de la situación) y cómo funcionará su familia mientras ella esté sometida al tratamiento. Lily le proporciona una grabación con una explicación sobre el tratamiento de manera que el marido de Rosie (apoyo social-fuente de estructura) pueda oír lo que sucederá y pueda apoyar a Rosie a la hora de

(Continúa)

CASO CLÍNICO (cont.)

responder preguntas y comprender la información proporcionada. El apoyo de Lily a Rosie y a su familia prosigue durante todo el tratamiento de Rosie y, periódicamente, valora las fuentes de incertidumbre y las estrategias que Rosie y su familia utilizan para manejarlas.

Parte 2: teoría reconceptualizada

Dos años después del diagnóstico de cáncer de mama, Rosie vuelve al centro para una visita de seguimiento. Lily le pide a Rosie que le cuente su experiencia con el cáncer. Aunque Rosie describe el momento del diagnóstico y del tratamiento

como caóticos y dominados por la incertidumbre, en el que se preguntaba cómo saldrían adelante tanto ella como su familia, le cuenta a Lily que gradualmente empezó a ver que la experiencia del cáncer proporcionaba un nuevo significado a su vida y le ayuda a establecer prioridades. Dejó un trabajo que no la satisfacía y ahora dirige su energía hacia sus relaciones con sus hijos adolescentes. Rosie y su marido han disfrutado recientemente de un segundo viaje de luna de miel a Hawái que había sido largamente pospuesto. Le dice a Lily que actualmente considera cada día como una oportunidad para vivir la vida y enriquecer las vidas de sus hijos.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Le han asignado a la Sra. Green como nueva paciente y quiere conocer sus percepciones sobre su situación actual, las relaciones de apoyo y experiencias anteriores con la salud y la enfermedad. ¿Qué preguntas le haría para evaluar su nivel de incertidumbre?
2. Está trabajando con una paciente joven (Sally) que lleva 6 años con esclerosis múltiple. Durante una exacerbación

de la enfermedad se centra en sus planes para estudiar Derecho. Un compañero le sugiere que quizá Sally esté negando la gravedad de su enfermedad. Utilice la teoría reconceptualizada de la incertidumbre frente a una enfermedad con el fin de proponer a Sally otro enfoque para la perspectiva de su vida.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Germino, B. B., Mishel, M. H., Crandell, J., Porter, L., Blyler, D., Jenerette, C., et al. (2013). Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 82–92.
- Mishel, M. (2008). *The nurse theorists: Portraits of excellence* (Vol. 2). Athens, OH: Fitne, Inc.
- Research Tested Interventions for Practice (RTIP), NCI. Página web de Managing Uncertainty in Older Long-term Breast Cancer Survivors en <https://rtips.cancer.gov/rtips/programDetails.do?programId=286781>.
- Las solicitudes de escalas se pueden enviar a: University of North Carolina-Chapel Hill, School of Nursing, Office of Research. Gregory A. Workman, gaw@email.unc.edu.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroll, M., Dancey, C. P., Attree, E. A., Smith, S., & James, T. (2012). People with symptoms of Meniere's disease: The relationship between illness intrusiveness, illness uncertainty, dizziness handicap, and depression. *Otology & Neurology*, 33(5), 816–823.
- Baier, M. (1995). Uncertainty of illness for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 201–212.
- Bailey, D. E., Barroso, J., Muir, A. J., Sloane, R., Richmond, J., McHutchison, J., et al. (2010). Patients with chronic hepatitis C undergoing watchful waiting: Exploring trajectories of illness uncertainty and fatigue. *Research in Nursing and Health*, 33(5), 465–473.
- Bailey, D. E., Jr., Hendrix, C. C., Steinhauer, K. E., Stechuchak, K. M., Porter, L. S., Hudson, J., et al. (2017). Randomized trial of an uncertainty self-management telephone intervention for patients awaiting liver transplant. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 509–517.
- Bailey, D. E., Jr., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M. H., Muir, A. J., et al. (2009). Uncertainty, symptoms and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 138–146.
- Bailey, D. E., Mishel, M. H., Belyea, M., Stewart, J. L., & Mohler, J. (2004). Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nursing*, 27(5), 339–346.
- Bailey, D. E., Wallace, M., & Mishel, M. H. (2007). Watching, waiting, and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 734–741.
- Baird, D. L., & Eliasziw, M. (2011). Disparity in perceived illness intrusiveness and illness severity between cardiac patients and their spouses. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 481–486.
- Brashers, D. E., Basinger, E. D., Rintamaki, L. S., Caughlin, J. P., & Para, M. (2017). Taking control: The efficacy and durability of a peer-led uncertainty management intervention for people recently diagnosed with HIV. *Health Communication*, 32(1), 11–21.

- Brown, M. A., & Powell-Cope, G. M. (1991). AIDS family caregiving: Transitions through uncertainty. *Nursing Research*, 40, 338–345.
- Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30, 29–50.
- Carroll, S. L., McGillion, M., & Arthur, H. M. (2014). Living with an implantable cardiac defibrillator: A model of chronic uncertainty. *Research and Theory for Nursing Practice*, 28, 71–86.
- Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 16(5), 354–361.
- Charmaz, K. (1995). Identity dilemmas of chronically ill men. In D. Sobro, & D. F. Gordon (Eds.), *Men's health and illness: Gender, power, and the body* (pp. 266–291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Checton, M. G., & Greene, K. (2012). Beyond initial disclosure: The role of prognosis and symptom uncertainty in patterns of disclosure in relationships. *Health Communication*, 27(2), 145–157.
- Cohen, E. L., Scott, A. M., Record, R., Shaunfield, S., Jones, M. G., & Collins, T. (2016). Using communication to manage uncertainty about cervical cancer screening guideline adherence among Appalachian women. *Journal of Applied Communication Research*, 44(1), 22–39.
- Donovan, E. E., LeFebvre, L., Tardif, S., Brown, L. E., & Love, B. (2014). Patterns of social support communicated in response to expressions of uncertainty in an online community of young adults with cancer. *Journal of Applied Communication Research*, 42, 432–455.
- Fleury, J., Kimbrell, L. C., & Kruszewski, C. (1995). Life after cardiac event: Women's experience in healing. *Heart & Lung*, 24, 474–482.
- Gil, K. M., Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Germino, L. S., Porter, L., et al. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 633–639.
- Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., & Clayton, M. (2006). Benefits of the uncertainty management intervention for African American and white older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 286–294.
- Gil, K. M., Mishel, M. H., Germino, B., Porter, L. S., Carlton-LaNey, I., & Belyea, M. (2005). Uncertainty management intervention for older African American and Caucasian long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2–3), 3–21.
- Hall, D. L., Mishel, M. H., & Germino, B. B. (2014). Living with cancer-related uncertainty: Associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22, 2489–2495.
- Hansen, B. S., Rørtveit, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., et al. (2012). Patient experiences of uncertainty—A synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 266–277.
- He, S., You, L.-m., Zheng, J., & Bi, Y.-l. (2016). Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. *Cancer Nursing*, 39, 205–212.
- Hilton, B. A. (1988). The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 217–238.
- Hilton, B. A. (1992). Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical Care Nurse*, 12, 70–73.
- Hilton, B. A. (1996). Getting back to normal: The family experience during early stage breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23, 605–614.
- Katz, A. (1996). Gaining a new perspective of life as a consequence of uncertainty in HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 7(4), 51–60.
- Kazer, M. W., Bailey, D. E., Jr., Sanda, M., Colberg, J., & Kelly, W. K. (2011). An internet intervention for management of uncertainty during active surveillance for prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), 561–568.
- Kim, H. Y., & So, H. S. (2012). A structural model for psychosocial adjustment in patients with early breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(1), 105–115.
- Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: Differences by treatment trajectory. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1014–1023.
- Lasker, J. N., Sogolow, E. D., Short, L. M., & Sass, D. A. (2011). The impact of biopsychosocial factors on quality of life: Women with primary biliary cirrhosis on waiting list and post liver transplantation. *British Journal of Health Psychology*, 16(3), 502–527.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lin, L., Chien, L.-C., Acquaye, A. A., Vera-Bolanos, E., Gilbert, M. R., & Armstrong, T. S. (2015). Significant predictors of patients' uncertainty in primary brain tumors. *Journal of Neuro-Oncology*, 122, 507–515.
- Lin, L., Yeh, C. H., & Mishel, M. H. (2010). Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1510–1524.
- Lin, Y. H. (2012). Comparison of the uncertainty level of radical prostatectomy recipients with or without psychological support. *International Journal of Urological Nursing*, 6, 76–82.
- Maheu, C., Lebel, S., Tomei, C., Singh, M., & Esplen, M. J. (2015). Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 433–440.
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25, 555–562.
- McCaughan, E., Curran, C., Northouse, L., & Parahoo, K. (2018). Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 40, 143–151.

- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing and Health*, 15, 261–269.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258–263.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225–231.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256–262.
- Mishel, M. H. (1997a). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57–80.
- Mishel, M. H. (1997b). *Uncertainty in illness scales manual*. Available upon request from the University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing, Office of Research.
- Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 269–294.
- Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Jr., Robertson, C., et al. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects—Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94, 1854–1866.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 43–57.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37, 98–103.
- Mishel, M. H., & Fleury, J. (1994). *Psychometric testing of the growth through uncertainty scale*. Unpublished data, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Belyea, M., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Jr., Mohler, J., et al. (2003). Moderators of an uncertainty management intervention for men with localized prostate cancer. *Nursing Research*, 52, 89–97.
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Lin, L., Pruthi, R. S., Wallen, E. M., Crandell, J., et al. (2009). Managing uncertainty about treatment decision making in early prostate cancer: A randomized clinical trial. *Patient Education and Counseling*, 77, 349–359.
- Mishel, M. H., & Murdaugh, C. L. (1987). Family adjustment to heart transplantation: Redesigning the dream. *Nursing Research*, 36, 332–338.
- Mishel, M. H., Padilla, G., Grant, M., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, 40, 236–240.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Coping with uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating function of mastery and coping. *Nursing Research*, 40, 167–171.
- Nyhlin, K. T. (1990). Diabetic patients facing long-term complications: Coping with uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1021–1029.
- O'Brien, R. A., Wineman, N. M., & Nealon, N. R. (1995). Correlates of the caregiving process in multiple sclerosis. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9, 323–342.
- Page, M. C., Fedele, D. A., Pai, A. L. H., Anderson, J., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J. L., et al. (2012). The relationship of maternal and child illness uncertainty to child depressive symptomatology: A mediational model. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(1), 97–105.
- Regan-Kubinski, M. J., & Sharts-Hopko, N. (1995). Illness cognition of HIV-infected mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 327–344.
- Righter, B. M. (1995). Ostomy care: Uncertainty and the role of the credible authority during an ostomy experience. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 22(2), 100–104.
- Santacroce, S. J., Deatrick, J. A., & Ledlie, S. W. (2002). Redefining treatment: How biological mothers manage their children's treatment for perinatally acquired HIV. *AIDS Care*, 14, 47–60.
- Scott, A. M., Martin, S. C., Stone, A. M., & Brashers, D. E. (2011). Managing multiple goals in supportive interactions: Using a normative theoretical approach to explain social support as uncertainty management for organ transplant patients. *Health Communication*, 26(5), 393–403.
- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., & Sloan, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nursing*, 34(6), 434–442.
- Song, L. X., Northouse, L. L., Braun, T. M., Zhang, L., Cimprich, B., Ronis, D. L., et al. (2011). Assessing longitudinal quality of life in prostate cancer patients and their spouses: A multilevel modeling approach. *Quality of Life Research*, 20(3), 371–381.
- Step, M. M., & Ray, E. B. (2011). Patient perceptions of oncologist-patient communication about prognosis: Changes from initial diagnosis to cancer recurrence. *Health Communication*, 26(1), 48–58.
- Stewart, J. L. (2003). "Getting used to it": Children finding the ordinary and routine in the uncertain context of cancer. *Qualitative Health Research*, 13, 394–407.
- Stewart, J. L., Lynn, M. R., & Mishel, M. H. (2010a). Psychometric evaluation of a new instrument to measure uncertainty in children and adolescents with cancer. *Nursing Research*, 59(2), 119–126.
- Stewart, J. L., & Mishel, M. H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14, 299–320.
- Stewart, J. L., Mishel, M. H., Lynn, M. R., & Terhorst, L. (2010b). Test of a conceptual model of uncertainty in children and adolescents with cancer. *Research in Nursing & Health*, 33(3), 179–191.
- Tackett, A. P., Cushing, C. C., Suorsa, K. I., Mullins, A. J., Gamwell, K. L., Mayes, S., et al. (2016). Illness uncertainty, global psychological distress, and posttraumatic stress in pediatric cancer: A preliminary examination using a path analysis approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 41, 309–318.
- Tackett, A. P., Cushing, C. C., Suorsa, K. I., Mullins, A. J., Gamwell, K. L., Mayes, S., et al. (2016). Illness uncertainty, global psychological distress, and posttraumatic stress in pediatric cancer: A preliminary examination using a path analysis approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 41, 309–318.
- Tai-Seale, M., Stults, C., Zhang, W. M., & Shumway, M. (2012). Expressing uncertainty in clinical interactions between physicians and older patients: What matters? *Patient Education and Counseling*, 86(3), 322–328.

- Van Riper, M., & Selder, F. E. (1989). Parental responses to the birth of a child with Down syndrome. *Loss, Grief, & Care*, 3(3-4), 59-76.
- Warburton, D. M. (1979). Physiological aspects of information processing and stress. In V. Hamilton, & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 33-65). New York: Wiley.
- Wineman, N. M., O'Brien, R. A., Nealon, N. R., & Kaskel, B. (1993). Congruence in uncertainty between individuals with multiple sclerosis and their spouses. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25, 356-361.
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645-649.
- Zhang, Y., & Kwekkeboom, K. (2020). Feasibility study of an uncertainty management intervention for patient-partner dyads undergoing cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 47(5), 595-609.
- Zhang, Y., Kwekkeboom, K., Kim, K. S., Loring, S., & Wieben, A. M. (2020). Systematic review and meta-analysis of psychosocial uncertainty management interventions. *Nursing Research*, 69(1), 3-12.
- in men undergoing active surveillance for prostate cancer. *Applied Nursing Research*, 24(4), 193-199.
- Braden, C. J., & Mishel, M. H. (2000). Highlights of the self-help intervention project (SHIP): Health-related quality of life during breast cancer treatment. *Innovations in Breast Cancer Care*, 5, 51-54.
- Clayton, M. F., Mishel, M. H., & Belyea, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing and Health*, 29(1), 18-39.
- Harris, L., Belyea, M., Mishel, M., & Germino, B. (2003). Issues in revising research instruments for use with Southern populations. *Journal of the National Black Nurses Association*, 14, 44-50.
- Hegarty, J. M., Wallace, M., & Comber, H. (2008). Uncertainty and quality of life among men undergoing active surveillance for prostate cancer in the United States and Ireland. *American Journal of Men's Health*, 2(2), 133-142.
- McCorkle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Schulman-Green, D., Williams, A.-I., Siefert, M. L., et al. (2009). Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psychooncology*, 18(1), 62-70.
- McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., & Schwartz, P. (2011). Healthcare utilization in women after abdominal surgery for ovarian cancer. *Nursing Research*, 60(1), 47-57.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258-263.
- Mishel, M. H. (1983). Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child: Reliability and validity of a scale. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Jr., Robertson, C., et al. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects—Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94, 1854-1866.
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Gilk, K. M., Belyea, M., Carlton Laney, I., Stewart, J., et al. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*, 14, 962-978.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D., Hussain, M., et al. (2007). Living with prostate cancer: Patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(27), 4171-4177.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J., et al. (2007). Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer*, 110(12), 2809-2818.
- Otis-Green, S., Ferrell, B., Sun, V., Spolum, M., Morgan, R., & Macdonald, D. (2008). Feasibility of an ovarian cancer quality-of-life psychoeducational intervention. *Journal of Cancer Education*, 23(4), 214-221.
- Porter, L. S., Clayton, M. R., Belyea, M., Mishel, M., Gil, K. M., & Germino, B. B. (2006). Predicting negative mood state and personal growth in African American and white long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 195-204.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Mishel, M. H. (1993). Living with chronic illness: Living with uncertainty. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne, & R. A. Weise (Eds.), *Key aspects of caring for the chronically ill, hospital and home* (pp. 46-58). New York: Springer.
- Mishel, M. H. (1998). Methodological studies: Instrument development. In P. Brink, & M. Woods (Eds.), *Advanced design in nursing research* (2nd ed., pp. 235-282). Beverly Hills, CA: Sage.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2008). Uncertainty in illness theories. In M. J. Smith, & P. Liehr (Eds.), *Middle range theory in advanced practice nursing* (pp. 55-84). New York: Springer.
- Mishel, M. H., Germino, B. G., Belyea, M., Harris, L., Stewart, J., Bailey, D. E., Jr., et al. (2001). Helping patients with localized prostate cancer: Managing after treatment. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, J. Leeman, M. S. Miles, & J. S. Harrell (Eds.), *Key aspects of preventing and managing chronic illness* (pp. 235-246). New York: Springer.

Artículos de revistas

- Badger, T. A., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 567-574.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H., & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27, 19-28.
- Bailey, D. E., Jr., Wallace, M., Latini, D. M., Hegarty, J., Carroll, P. R., Klein, E. A., et al. (2011). Measuring illness uncertainty

- Porter, L. S., Mishel, M., Neelon, V., Belyea, M., Pisano, E., & Soo, M. S. (2003). Cortisol levels and responses to mammography screening in breast cancer survivors: A pilot study. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 842–848.
- Schroeder, J. C., Bensen, J. T., Su, L. J., Mishel, M., Ivanova, A., Smith, G. J., et al. (2006). The North Carolina Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP): Methods and design of a multidisciplinary population-based cohort study of racial differences in prostate cancer outcomes. *Prostate*, 66(11), 1162–1176.
- Schulman-Green, D., Ercolano, E., Dowd, M., Schwartz, P., & McCorkle, R. (2008). Quality of life among women after surgery for ovarian cancer. *Palliative Supportive Care*, 6(3), 239–247.
- Stewart, J. L., Lynn, M. R., & Mishel, M. H. (2005). Evaluating content validity for children's self-report instruments using children as content experts. *Nursing Research*, 54, 414–418.
- Stewart, J. L., & Mishel, M. H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14, 299–320.
- Fuentes secundarias**
- Selección de publicaciones que citan el trabajo de Mishel**
- Adarve, S. E., & Osorio, J. H. (2019). Factors associated with uncertainty in patients scheduled to undergo hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer Nursing*, 43(6), E335–E341. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000773>.
- Ahadzadeh, A. S., & Sharif, S. P. (2018). Uncertainty and quality of life in women with breast cancer: Moderating role of coping styles. *Cancer Nursing*, 41(6), 484–490.
- Ahn, S., Lee, J., Chu, S. H., & Sohn, Y. H. (2017). Uncertainty and depression in people with Parkinson's disease: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 220–227.
- Aldaz, B. E., Hegarty, R. S. M., Conner, T. S., Perez, D., & Trehan, G. J. (2019). Is avoidance of illness uncertainty associated with distress during oncology treatment? A daily diary study. *Psychology and Health*, 34(4), 422–437.
- Al-Yateem, N., Brenner, M., Ahmad, A., & Rahman, S. A. (2017). Evaluating the reliability and validity of the Arabic version of the Parents Perceptions of Uncertainty Scale (A-PPUS). *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 179–185.
- Al-Yateem, N., Brenner, M., Alrimawi, I., Al-Shujairi, A., & Al-Yateem, S. (2019). Predictors of uncertainty in parents of children living with chronic conditions. *Nursing Children and Young People*. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2019.e1102>.
- Arias-Rojas, M., Carreno-Moreno, S., & Posada-Lopez, C. (2019). Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 27, e3200. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3185.3200>. (Incerteza dos cuidadores familiares na doença de pacientes sob cuidados paliativos e fatores associados.)
- Baudino, M. N., Gamwell, K. L., Roberts, C. M., Grunow, J. E., Jacobs, N. J., Gillasp, S. R., et al. (2019). Disease severity and depressive symptoms in adolescents with inflammatory bowel disease: The mediating role of parent and youth illness uncertainty. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(4), 490–498.
- Blake, A., Asnani, V., Leger, R. R., Harris, J., Odesina, V., Hemmings, D. L., et al. (2018). Stigma and illness uncertainty: Adding to the burden of sickle cell disease. *Hematology*, 23(2), 122–130.
- Chee, W., Lee, Y., Ji, X., Chee, E., & Im, E.-O. (2020). The preliminary efficacy of a technology-based cancer pain management program among Asian American breast cancer survivors. *Computers, Informatics, Nursing*, 38(3), 139–147.
- Chen, T.-Y., Kao, C.-W., Cheng, S.-M., & Chang, Y.-C. (2018). Uncertainty and depressive symptoms as mediators of quality of life in patients with heart failure. *PLoS One*, 13(1). ARTN e0205953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205953>.
- Choi, M., Lee, J., Oh, E. G., Chu, S. H., Sohn, Y. H., & Park, C. G. (2018). Factors associated with uncertainty in illness among people with Parkinson's disease. *Clinical Nursing Research*, 29(7). <https://doi.org/10.1177/105477381878849>.
- Chunfeng, C., & Liping, Y. (2017). Quality of life in patients with schizophrenia in China: Relationships among demographic characteristics, psychosocial variables, and symptom severity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(8), 48–54.
- Clayton, M. F., Dingley, C., & Donaldson, G. (2017). The integration of emotional, physiologic, and communication responses to medical oncology surveillance appointments during breast cancer survivorship. *Cancer Nursing*, 40(2), 124–134.
- Cui, C., Li, Y., & Wang, L. (2020). The association of illness uncertainty and hope with depression and anxiety symptoms in women with systemic lupus erythematosus: A cross-sectional study of psychological distress in systemic lupus erythematosus women. *Journal of Clinical Rheumatology*. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001280>.
- de Oliveira, T. M. G., & Alves Costa de Jesus, C. (2018). Uncertainties experienced by post-surgical patients diagnosed with neoplasms. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(10), 2873–2882.
- Delis, P. C. (2019). Uncertainty and quality of life in systemic lupus erythematosus: A cross-sectional study. *Rehabilitation Nursing*, 44(1), 2–10.
- Delozier, A. M., Gamwell, K. L., Sharkey, C., Bakula, D. M., Perez, M. N., Wolfe-Christensen, C., et al. (2019). Uncertainty and posttraumatic stress: Differences between mothers and fathers of infants with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1617–1624.
- Guan, T., Santacroce, S. J., Chen, D.-G., & Song, L. (2020). Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 29(6), 1019–1025.
- Gunter, M. D. (2018). Reducing uncertainty in families dealing with childhood cancers: An integrative literature review. *Pediatric Nursing*, 44(1), 21–37.
- Hedberg, B., Malm, D., Karlsson, J. E., Arestedt, K., & Brostrom, A. (2018). Factors associated with confidence in decision making and satisfaction with risk communication among patients with atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(5), 446–455.
- Katsumoto, S., Maru, M., Yonemoto, T., Maeda, R., Ae, K., & Matsumoto, S. (2019). Uncertainty in young adult survivors of childhood and adolescent cancer with lower-extremity bone tumors in Japan. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(3), 291–296.

- Kealoha, M. K., & Kataoka-Yahiro, M. (2019). Mālama nā makua i nā keiki me ka hānō: Native Hawaiian parents caring for their children with asthma. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 4(3), 97–107.
- Kerr, A. M., Harrington, N. G., & Scott, A. M. (2019). Communication and the appraisal of uncertainty: Exploring parents' communication with credible authorities in the context of chronic childhood illness. *Health Communication*, 34(2), 201–211.
- Kim, E. M., & Hong, S. (2018). Impact of uncertainty on the anxiety of hospitalized pregnant women diagnosed with preterm labor: Focusing on mediating effect of uncertainty appraisal and coping style. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(4), 485–496.
- Kim, K., & Park, W. (2019). Effects of mobile navigation program in colorectal cancer patients based on Uncertainty Theory. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(3), 274–285.
- Kim, O., Yeom, E. Y., & Jeon, H. O. (2020). Relationships between depression, family function, physical symptoms, and illness uncertainty in female patients with chronic kidney disease. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 548–556.
- Lebel, S., Maheu, C., Tomei, C., Bernstein, L. J., Courbasson, C., Ferguson, S., et al. (2018). Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psychooncology*, 27(11), 2594–2601.
- Leustek, J., & Theiss, J. A. (2018). Features of illness versus features of romantic relationships as predictors of cognitive and behavioral coping among individuals with type 2 diabetes. *Health Communication*, 33(12), 1549–1559.
- Li, T., Cui, C., Li, Y., & Wang, L. (2020). The impacts of resilience on the association between illness uncertainty and sleep quality among Chinese women with systemic lupus erythematosus. *Clinical Rheumatology*, 39(5), 1609–1616.
- Li, X., He, L., Wang, J., & Wang, M. (2019). Illness uncertainty, social support, and coping mode in hospitalized patients with systemic lupus erythematosus in a hospital in Shaanxi, China. *PLoS One*, 14(2), e0211313.
- Lin, W.-J., Huang, H.-M., & Sun, F.-K. (2018). The relationship between fatigue and uncertainty in patients with liver cirrhosis. *The Journal of Nursing*, 65(3), 38–46.
- Mullins, A. J., Gamwell, K. L., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Tackett, A. P., Suorsa, K. I., et al. (2017). Illness uncertainty and illness intrusiveness as predictors of depressive and anxious symptomatology in college students with chronic illnesses. *Journal of American College Health*, 65(5), 352–360.
- Ni, C., Peng, J., Wei, Y., Hua, Y., Ren, X., Su, X., et al. (2018). Uncertainty of acute stroke patients: A cross-sectional descriptive and correlational study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(4), 238–243.
- Ni, P. W., Mao, B. Q., Yang, Y., Li, J. J., Liu, H., Huang, Y., et al. (2019). Study on the relationship between uncertainty in illness and caregiving burden in family members of patients with chronic wounds. *The Chinese Journal of Burns*, 35(5), 379–383.
- Pahlevan Sharif, S. (2017). Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 28–35.
- Pahlevan Sharif, S., Ahadzadeh, A. S., & Perdamen, H. K. (2017). Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: Mediating role of coping styles and mood states. *Applied Nursing Research*, 38, 88–94.
- Perez, M. N., Traino, K. A., Bakula, D. M., Sharkey, C. M., Espeleta, H. C., Delozier, A. M., et al. (2020). Barriers to care in pediatric cancer: The role of illness uncertainty in relation to parent psychological distress. *Psychooncology*, 29(2), 304–310.
- Petrangolo, J. L., Zelikovsky, N., Keegan, R. M., Furth, S. L., & Knight, A. (2020). Examining uncertainty in illness in parents and children with chronic kidney disease and systemic lupus erythematosus: A mediational model of internalizing symptoms and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 31–40.
- Raphaelis, S., Mayer, H., Ott, S., Hornung, R., & Senn, B. (2018). Effects of written information and counseling on illness-related uncertainty in women with vulvar neoplasia. *Oncology Nursing Forum*, 45(6), 748–760.
- Rising, K. L., Doyle, S. K., Powell, R. E., Doty, A. M. B., LaNoue, M., & Gerolamo, A. M. (2019). Use of group concept mapping to identify patient domains of uncertainty that contribute to emergency department use. *Journal of Emergency Nursing*, 45(1), 46–53.
- Roberts, C. M., Gamwell, K. L., Baudino, M. N., Perez, M. N., Delozier, A. M., Sharkey, C. M., et al. (2019). Youth and parent illness appraisals and adjustment in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(6), 777–790.
- Schiele, S. E., Emery, C. F., & Jackson, J. L. (2019). The role of illness uncertainty in the relationship between disease knowledge and patient-reported outcomes among adolescents and adults with congenital heart disease. *Heart & Lung*, 48(4), 325–330.
- Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Baraldi, A. N., Perez, M. N., Suorsa, K. I., Chaney, J. M., et al. (2018). Grit, illness-related distress, and psychosocial outcomes in college students with a chronic medical condition: A path analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(5), 552–560.
- Sharkey, C. M., Perez, M. N., Bakula, D. M., Grant, D. M., & Mullins, L. L. (2019). Exploratory factor analysis of the Mishel Uncertainty in Illness Scale among adolescents and young adults with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(2), 186–194.
- Shun, S. C., Chou, Y. J., Chen, C. H., & Yang, J. C. (2018). Change of uncertainty in illness and unmet care needs in patients with recurrent hepatocellular carcinoma during active treatment. *Cancer Nursing*, 41(4), 279–289.
- Sok, S. R., Ryu, J. S., Park, S. H., & Seong, M. H. (2019). Factors influencing self-care competence in Korean women with rheumatoid arthritis. *The Journal of Nursing Research*, 27(2), e16.
- Stewart, K. T., Chahal, N., Kovacs, A. H., Manlhiot, C., Jelen, A., Collins, T., et al. (2017). Readiness for transition to adult health care for young adolescents with congenital heart disease. *Pediatric Cardiology*, 38(4), 778–786.
- Suarez-Acuña, C. E., Carvajal-Carrascal, G., & Serrano-Gómez, M. E. (2018). Psychometric properties of the Parents

- Perception Uncertainty in Illness Scale, Spanish version. *Enfermería Intensiva*, 29(4), 149–157.
- Subih, M., Al-Kalaldeh, M., Salami, I., Al-Hadid, L., & Abu-Sharour, L. (2018). Predictors of uncertainty among post discharge coronary artery bypass graft patients in Jordan. *Journal of Vascular Nursing*, 36(2), 85–90.
- Tom, D. M., Aquino, C., Arredondo, A. R., & Foster, B. A. (2017). Parent preferences for shared decision-making in acute versus chronic illness. *Hospital Pediatrics*, 7(10), 602–609.
- Ueki, S., Komai, K., Ohashi, K., Fujita, Y., Kitao, M., & Fujiwara, C. (2019). Parental factors predicting unnecessary ambulance use for their child with acute illness: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 2811–2819.
- Varner, S., Lloyd, G., Ranby, K. W., Callan, S., Robertson, C., & Lipkus, I. M. (2019). Illness uncertainty, partner support, and quality of life: A dyadic longitudinal investigation of couples facing prostate cancer. *Psychooncology*, 28(11), 2188–2194.
- Wang, J., Howell, D., Shen, N., Geng, Z., Wu, F., Shen, M., et al. (2018). mHealth supportive care intervention for parents of children with acute lymphoblastic leukemia: Quasi-experimental pre- and post-design study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(11), e195.
- Worthington, A. K., Parrott, R. L., & Smith, R. A. (2018). Spirituality, illness unpredictability, and math anxiety effects on negative affect and affect-management coping for individuals diagnosed with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Health Communication*, 33(4), 363–371.
- Ye, Z. J., Liu, M. L., Zhang, Z., Liao, K. L., Peng, C. F., Huang, H., et al. (2017). Psychometric properties of the Chinese version of the Parent Perception of Uncertainty Scale (PPUS) among parents of children with cancer diagnosis. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(3), 278–284.
- Zhang, D., Fan, Z., Gao, X., Huang, W., Yang, Q., Li, Z., et al. (2018). Illness uncertainty, anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma or cataract. *Scientific Reports*, 8(1), 11671.



Pamela G. Reed
(1952-actualidad)*

Pamela G. Reed: teoría de la transcendencia del yo

Pamela G. Reed*

«La misión de la enfermería es comprender la naturaleza de los procesos de enfermería y facilitarlos.»
(Reed, 1997a, p. 76)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Pamela G. Reed nació y creció en Detroit, Michigan. Se casó con Gary en 1973 y tienen dos hijas. Reed recibió el grado en Ciencias de la Enfermería por la Wayne State University en Detroit, Michigan, en 1974, y un máster en Salud Mental y Psiquiátrica de niños y adolescentes en 1976. Durante el período transcurrido entre que terminó el máster y obtuvo el doctorado, Reed impartió docencia en la Facultad de Enfermería de la Oakland University en Rochester, Michigan, y trabajó a tiempo parcial como enfermera especialista en salud mental-psiquiátrica de niños y adolescentes. Se doctoró en 1982 en la Wayne State University con un trabajo centrado en la teoría de la enfermería y la psicología del desarrollo durante la vida. Fue pionera en las investigaciones sobre la espiritualidad a partir de su tesis doctoral, dirigida por Joyce J. Fitzpatrick y que se centró en la relación entre el bienestar y las perspectivas espirituales sobre la vida y la muerte en enfermos terminales y personas sanas. Su teoría de la transcendencia del yo fue el foco de interés derivado de sus estudios doctorales en enfermería y las ciencias del desarrollo durante la vida. Recientemente ha recibido el título de máster de Arte y Ética de la University of Arizona.

Reed es profesora de la Escuela de Enfermería de la University of Arizona en Tucson, donde también fue decana adjunta de asuntos académicos durante 7 años. Sus campos de investigación son la espiritualidad, la salud mental en ancianos y las dimensiones éticas de los cuidados al final de la vida. Reed desarrolló dos instrumentos de investigación: la

Spiritual Perspectives Scale y la *Self-Transcendence Scale* (STS). Reed ha recibido numerosos premios por su labor docente. Disfrutaba siendo tutora de estudiantes de doctorado e impartir cursos de doctorado en enfermería sobre las dimensiones teóricas y filosóficas de la ciencia de la enfermería. Ha publicado numerosos artículos académicos, recientemente centrados en la filosofía y la metateoría relacionadas con las innovaciones en el desarrollo de teorías y en el conocimiento enfermero y el intermodernismo, su filosofía de la ciencia enfermera para la investigación y la práctica. Reed es coautora con Shearer de dos ediciones de *Nursing Knowledge and Theory Innovation: Advancing the Science of Nursing Practice* y varias ediciones de *Perspectives on Nursing Theory*.

Reed es miembro de la American Academy of Nursing y de varias organizaciones profesionales, como Sigma Theta Tau International, la American Nurses Association, la Society of Rogerian Scholars y la International Philosophy of Nursing Society. Ha sido profesora visitante en la New York University, la Duke University y la Florida Atlantic University y es miembro del comité directivo del California-Irvine Center for Nursing Philosophy. Forma parte de los comités editoriales de varias revistas y es editora colaboradora de *Nursing Science Quarterly* y *Applied Nursing Research*.

FUENTES TEÓRICAS

Reed (p. ej., 1991a) desarrolló su teoría de la transcendencia del yo utilizando la reformulación deductiva y la síntesis de teorías para integrar sus ideas teóricas, las perspectivas filosóficas y el estado de la ciencia sobre la salud y el desarrollo humanos. Las teorías sobre el desarrollo social-cognitivo y

*Autora anterior: Doris D. Coward.

*Fotografía: David VanGelder, Tucson, AZ.

transpersonal del adulto (p. ej., Lerner et al., 2015) se alinearon con la perspectiva enfermera del sistema conceptual de los seres humanos unitarios de Martha E. Rogers (1970, 1980, 1990). La perspectiva del ciclo de la vida sobre los adultos y el envejecimiento aportó una evidencia científica convincente de que el desarrollo se produce durante el proceso de envejecimiento y la muerte mediante un aumento de la complejidad y la organización. Estas ideas eran compatibles con las de Rogers y enriquecieron el desarrollo de la teoría de Reed.

El trabajo teórico de la teórica de la enfermería Martha E. Rogers (1970, 1980, 1990) postula tres principios de la homeodinámica, que son congruentes con los principios clave de la teoría y la ciencia del desarrollo durante el ciclo de la vida. El principio de integración de Rogers identificaba el desarrollo como una función de factores humanos y contextuales y el desequilibrio entre la persona y el entorno como motivador del desarrollo. El principio de helicidad de Rogers caracterizó el desarrollo humano como innovador e imprevisible, lo que concuerda con un desarrollo del ciclo de la vida no lineal, sino continuo, y que muestra variabilidad y singularidad dentro y entre individuos y grupos. El principio de resonancia de Rogers describía el desarrollo humano como un proceso de movimiento, que tiene un patrón y un objetivo, aunque sea impredecible. Las teóricas del ciclo de la vida proponían también que el desarrollo mostraba patrones de complejidad y organización variables. Por tanto, la perspectiva del desarrollo durante el ciclo vital se consideró en general compatible con las ideas de Rogers, con modificaciones menores en la síntesis de las ideas teóricas.

Otra fuente importante para la teoría de la transcendencia del yo fue la evidencia derivada de la práctica y la investigación en enfermería que indica una relación entre la salud mental y el desarrollo; las observaciones basadas en la práctica y las lecturas científicas de Reed indicaban que las personas con problemas de salud mental a menudo tenían menos recursos psicológicos y cognitivos adquiridos durante el desarrollo para mantener su bienestar. Su investigación anterior (Reed, 1986) demostró que las personas mayores con depresión clínica referían tener menos recursos de desarrollo para mantener su sensación de bienestar frente a la disminución de las capacidades físicas y cognitivas en comparación con un grupo emparejado de adultos mayores mentalmente sanos. Se ha comprobado que el desarrollo de los ancianos y los muy ancianos es un proceso no lineal de ganancia y posterior pérdida, que transforma o intercambia viejas perspectivas y comportamientos e integra nuevos puntos de vista y actividades (Reed, 1989, 1991b). Los conocimientos prácticos de Reed como enfermera clínica especialista en psiquiatría-salud mental respaldaban esta idea al aplicarlos a la edad adulta y el envejecimiento.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La teoría de la transcendencia del yo se basa en suposiciones sobre la capacidad de desarrollo continuo de los individuos, pero especialmente de los ancianos, y la necesidad de un

desarrollo continuo para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el envejecimiento (Reed, 1983). Las investigaciones iniciales de Reed sobre la creación de teorías fueron realizadas con ancianos (1986, 1989, 1991b). Reed desarrolló y comprobó su instrumento *Developmental Resources of Later Adulthood* (DRLA), que fue útil para lanzar el estudio empírico de lo que se convertiría en la teoría de la transcendencia del yo.

En el primer estudio comparativo y longitudinal (Reed, 1986) se examinaron los patrones de los recursos de desarrollo y la depresión en ancianos mentalmente sanos y con depresión clínica. Midió los niveles de recursos de desarrollo tres veces (con 6 semanas de diferencia) usando la escala DRLA de 36 aspectos. Los ancianos sanos percibieron niveles de recursos más altos todo el tiempo que los ancianos deprimidos. Las puntuaciones en la escala de depresión de la escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) (Radloff, 1977) fueron significativamente más altas en los individuos deprimidos que en los mentalmente sanos. La existencia de correlaciones sistemáticamente potentes entre la puntuación del DRLA y de la CES-D indicaba una relación positiva entre los recursos de desarrollo y los resultados de salud mental en el grupo sano; la relación inversa observada en el grupo deprimido indicaba una relación negativa con los recursos de desarrollo en cuanto a la capacidad de explorar nuevas perspectivas vitales, compartir la sabiduría y experiencia con los demás, y encontrar un significado espiritual.

Posteriormente, Reed (1989) exploró el grado de relación entre los recursos clave del desarrollo de la edad adulta avanzada y la salud mental en ancianos hospitalizados con depresión clínica. Los participantes cumplieron el DRLA y la CES-D, y valoraron la importancia de cada uno de los recursos del desarrollo reflejados en los aspectos del DRLA en sus vidas actuales. Se realizaron entrevistas cualitativas. Se encontró una correlación inversa entre el nivel de recursos y la depresión, y los participantes indicaron que los recursos representados por los aspectos del DRLA eran muy importantes en sus vidas. Además, las principales razones que dieron los participantes sobre la causa de su hospitalización psiquiátrica fueron congruentes con aspectos de la transcendencia del yo importantes en la edad adulta avanzada (p. ej., preocupaciones sobre la salud física, relaciones con los hijos adultos, preguntas sobre la vida y la muerte).

Durante el desarrollo y las comprobaciones iniciales del instrumento DRLA, un factor denominado *transcendencia* explicaba casi la mitad de la varianza de las puntuaciones del DRLA. En el segundo estudio (Reed, 1989), el factor de transcendencia de 15 aspectos estaba más correlacionado con el CES-D que con todo el DRLA, lo que sugiere la necesidad de examinar las propiedades psicométricas del instrumento para posiblemente acortar el DRLA y facilitar su administración en entornos clínicos.

Un tercer estudio exploró los patrones de transcendencia del yo y salud mental en 55 ancianos que vivían de forma

independiente (80-97 años) (Reed, 1991b). En este estudio, la transcendencia del yo se definió como «la expansión de los propios límites conceptuales hacia el interior a través de actividades de introspección, hacia el exterior a través de la preocupación por el bienestar de los demás, y temporalmente mediante la integración de las percepciones del propio pasado y del futuro para mejorar el presente» (Reed, 1991b, p. 5). La transcendencia del yo se midió con la STS, derivada del factor de transcendencia previamente identificado en la escala DRLA original. La escala STS se correlacionaba de forma inversa con las puntuaciones de la CES-D y de la Langner Scale of Mental Health Symptomatology (MHS). La escala MHS es un índice de salud mental general en el que las puntuaciones más altas indican un deterioro de la salud mental en poblaciones no psiquiátricas (Langner, 1962). Un estudio adicional en el que se utilizaron diversos métodos reveló los cuatro patrones de la transcendencia del yo identificados por los participantes (generatividad, introyectividad, integración temporal y transcendencia del cuerpo) compatibles con la definición del concepto de Reed.

En resumen, estos primeros estudios proporcionaron pruebas iniciales para el desarrollo de la idea teórica de que las perspectivas y conductas de transcendencia del yo estaban, de hecho, presentes en los ancianos, y que dichas perspectivas y conductas mostraban una intensa correlación positiva con la salud mental. Los hallazgos apoyaron una conceptualización de la salud mental en la edad adulta avanzada que iba más allá de la preocupación por el deterioro físico y cognitivo para reconocer recursos que ampliaban los límites del yo en el envejecimiento. La investigación respalda la teoría de la transcendencia del yo.

PRINCIPALES PREMISAS

Las premisas clave que subyacen a la teoría de la transcendencia del yo proceden de una perspectiva de la psicología del desarrollo a lo largo de la vida y los sistemas de desarrollo (Lerner y Lerner, 2019; Lerner et al., 2015) y del sistema conceptual de enfermería de Rogers (1970, 1980). Estas metateorías presentan a los seres humanos como sistemas abiertos en desarrollo, integrados en su entorno.

Una asunción subyacente a la teoría de la transcendencia del yo de Reed es que los humanos se imponen límites conceptuales a sí mismos para definir la realidad y conseguir una sensación de plenitud y conexión consigo mismos y el entorno. Los propios límites fluctúan a lo largo de la vida, y se asocian a la salud y el desarrollo humano.

Una segunda premisa subyacente es que la transcendencia del yo es un imperativo del desarrollo (Reed, 2018). Es decir, la transcendencia del yo debe expresarse como cualquier otra capacidad de desarrollo durante la vida para que la persona siga sintiéndose completa y conectada. Esta suposición es congruente con las conceptualizaciones de Frankl (1969) y Maslow (1971) sobre la transcendencia del yo como una característica humana innata relevante para el bienestar.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Existen tres conceptos básicos en la teoría de la transcendencia del yo: vulnerabilidad, transcendencia del yo y bienestar (Reed, 2018, 2020). La vulnerabilidad es la conciencia de mortalidad personal o de algún riesgo para el bienestar que surge durante el desarrollo y el envejecimiento y durante los



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Vulnerabilidad

La **vulnerabilidad** se refiere a vivir con experiencias difíciles o desafiantes, como enfermedades crónicas o que ponen en peligro la vida, pérdidas, traumas o un entorno insalubre que de alguna manera puede amenazar el bienestar personal o físico.

Transcendencia del yo

La **transcendencia del yo** es la expansión de los límites del yo de formas diversas y multidimensionales como: hacia el interior (para aumentar la conciencia de las propias creencias, valores y objetivos a través de actividades introspectivas); hacia el exterior (hacia los demás y el entorno); temporalmente (hacia la integración del pasado y el futuro de forma que se potencie el presente relativo), y de forma transpersonal (para conectar con dimensiones más allá del mundo típicamente discernible) (Reed, 1991a, 2018). Diversas variables personales y contextuales y sus interacciones pueden influir en el proceso de transcendencia del yo al

moderar las relaciones entre la vulnerabilidad, la transcendencia del yo y el bienestar, lo que incluye la edad, el sexo, la capacidad cognitiva, los acontecimientos vitales, el estado de salud, las perspectivas espirituales, el entorno social y los acontecimientos históricos.

Bienestar

El **bienestar** es un sentimiento de estar sano, feliz y completo de acuerdo con los valores y puntos de vista de cada uno. La disciplina de la enfermería es el estudio y la promoción de los procesos de bienestar, también llamados «procesos de enfermería del bienestar» (Reed, 1997a, p. 76). La transcendencia del yo es un proceso de este tipo. La transcendencia del yo es un **mediador** entre la vulnerabilidad y los resultados de bienestar, es decir, un mecanismo o proceso por el que los individuos alcanzan o mantienen el bienestar en el contexto de la vulnerabilidad que, de otro modo, podría disminuir el bienestar.

acontecimientos relacionados con la salud y las crisis vitales. El concepto de vulnerabilidad aclara que el contexto en el cual se percibe la transcendencia del yo no es solo al afrontar los aspectos relacionados con el final de la propia vida, sino que también se produce en situaciones vitales, como la discapacidad, las enfermedades crónicas, el parto y la paternidad.

La transcendencia del yo se refiere a las fluctuaciones en los límites percibidos que extienden a las personas más allá de sus perspectivas inmediatas y limitadas del yo y del mundo. Las fluctuaciones son multidimensionales: hacia el exterior (hacia la conciencia de los demás y del entorno), hacia el interior (hacia una mayor introspección de las propias creencias, valores y objetivos), temporales (hacia la integración del pasado y el futuro de una manera que se mejore el presente relativo) y transpersonales (hacia la conciencia de las dimensiones más allá del mundo típicamente discernible) (Reed, 1997b, 2018).

El bienestar se refiere a sentirse sano, feliz y completo según el propio criterio. La teoría tiene en cuenta otras variables personales y contextuales, como la edad, el sexo, las experiencias vitales y el entorno social, que influyen en las relaciones entre los tres conceptos básicos. Las intervenciones se centran en las actividades de enfermería que faciliten la transcendencia del yo como proceso de bienestar que ocurre en diferentes contextos vitales.

Se desarrollaron cuatro premisas principales de la teoría basados en los supuestos filosóficos, el apoyo teórico y empírico publicado en la bibliografía experta y el conocimiento basado en la práctica.

La primera premisa es que la transcendencia del yo puede estar motivada por experiencias de vulnerabilidad. La *vulnerabilidad* se define de forma amplia, ya que se produce en el marco de acontecimientos vitales como la pérdida, la enfermedad, el envejecimiento, el final de la vida y otras experiencias que aumentan la conciencia de la mortalidad personal. Los individuos pueden desarrollar o madurar sus perspectivas de vida (y aumentar la transcendencia del yo) como consecuencia de sufrir vulnerabilidades. Sin embargo, si no se recibe un apoyo o una intervención adecuados, el aumento de la vulnerabilidad puede contribuir a reducir el bienestar o la transcendencia del yo.

La segunda premisa es que la transcendencia del yo está relacionada positivamente con el bienestar (Reed, 1991a). Como alternativa, se puede decir que la reducción de la transcendencia del yo (como sucede cuando se es incapaz de contar con los demás o de aceptar la amistad) se relaciona de forma positiva con la depresión como indicador de la reducción del bienestar o la salud mental. Un importante refinamiento de la teoría de la transcendencia del yo se relaciona con los efectos mediadores de la transcendencia del yo.

La tercera premisa es que la transcendencia del yo media la relación entre la vulnerabilidad y el bienestar, fomentando este último en situaciones de aumento de vulnerabilidad. Dicho de otro modo, la investigación demuestra que la transcendencia del yo es un proceso o mecanismo que explica por qué algunas personas alcanzan el bienestar cuando afrontan un aumento de vulnerabilidad.

Un cuarto conjunto de premisas se basa en el principio de integración de Rogers (1980), que describe un proceso continuo entre la persona y el entorno a lo largo de la vida. Los factores personales y ambientales funcionan como correlatos que moderan las relaciones entre vulnerabilidad, transcendencia del yo y bienestar.

En resumen, la teoría de la transcendencia del yo propone los siguientes cuatro conjuntos de relaciones (fig. 29.1):

1. El aumento de la vulnerabilidad está relacionado con la transcendencia del yo. Cuando el apoyo es adecuado, la relación puede ser positiva.
2. La transcendencia del yo está relacionada positivamente con el bienestar.
3. La transcendencia del yo puede funcionar como un mediador entre la vulnerabilidad y el bienestar.
4. Los factores personales y contextuales influyen en la relación entre la vulnerabilidad y la transcendencia del yo y entre la transcendencia del yo y el bienestar.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría empírica de nivel medio de Reed se construyó utilizando una variedad de estrategias, entre ellas la reformulación deductiva, en la que la lógica de la inferencia era principalmente deductiva, es decir, los principios teóricos de nivel medio se deducían a partir de las teorías de Rogers y sobre el ciclo de la vida más amplias. Se utilizó el razonamiento analógico, que permite obtener conclusiones sobre la transcendencia del yo mediante el análisis de las comparaciones entre las distintas teorías, incluidas la psicología durante el ciclo vital y la enfermería del desarrollo humano y el potencial de bienestar a través de todas las fases de la vida. Los conceptos clave de la teoría se relacionan de una manera lógica y clara, permitiendo creatividad en la forma de aplicar, demostrar y desarrollar todavía más la teoría. La estrategia de Reed de construir una teoría de la enfermería (a partir de teorías del desarrollo no relacionadas con la enfermería, un modelo conceptual de enfermería y evidencias derivadas de la práctica y la investigación) despertó el interés de algunas enfermeras por las perspectivas de desarrollo del bienestar, así como por los procesos de desarrollo de la teoría.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

La misión de la enfermería es facilitar el bienestar humano a través de lo que Reed llama «procesos de enfermería», de los cuales la transcendencia del yo es un ejemplo (Reed, 1997a). La teoría de la transcendencia del yo y la STS se han empleado mucho en la práctica, la formación y la investigación. Algunos investigadores han utilizado la STS para investigar teorías similares y han aplicado la teoría de la transcendencia del yo utilizando instrumentos distintos de la STS para medir la transcendencia del yo. Los datos de investigación apoyan una perspectiva de la enfermería del bienestar como la fomentada

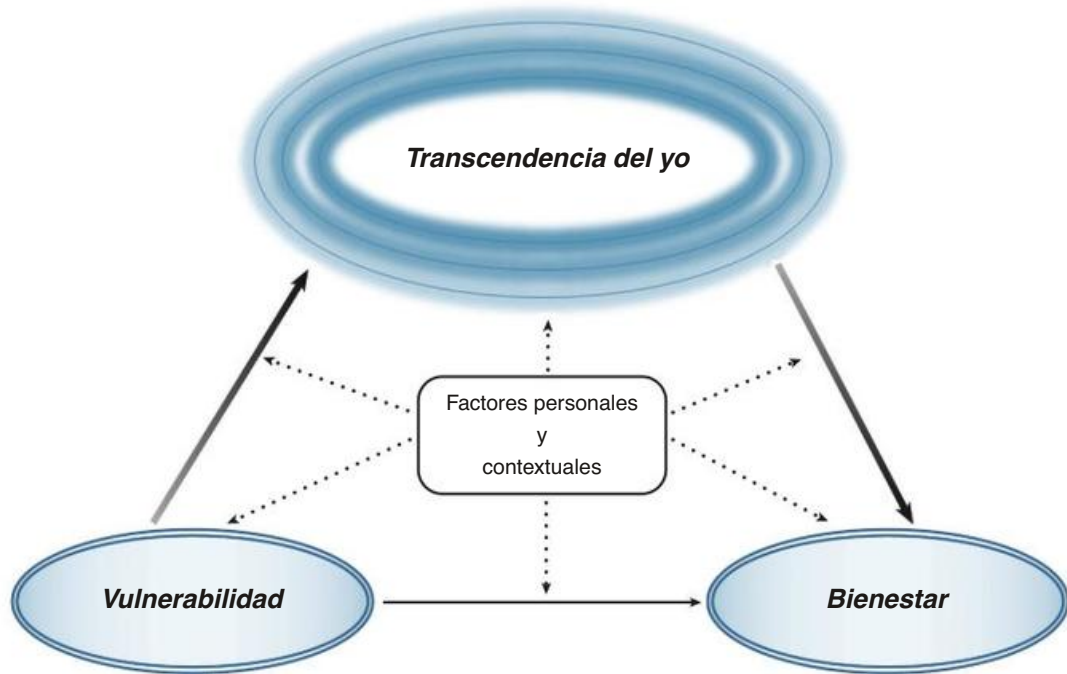


Fig. 29.1 Modelo de la teoría de la transcendencia del yo. (Utilizado con autorización de P. G. Reed. Tomado de Reed, P. G. [2018]. *The theory of self-transcendence*. In M. J. Smith & P. R. Liehr [Eds.], *Middle range theory for nursing* [4th ed., pp. 119–146]. New York: Springer.)

por la teoría de la transcendencia del yo. Los profesionales de enfermería facilitan el bienestar de los individuos que afrontan un reto de salud usando sus conocimientos prácticos de enfermería junto con los conocimientos básicos sobre los procesos internos de enfermería de los pacientes, uno de los cuales es la transcendencia del yo.

Práctica profesional

Desde la perspectiva de la práctica enfermera, una cuestión importante es si las enfermeras influyen en la transcendencia del yo. Aunque la transcendencia del yo se conceptualiza como un recurso interno, las enfermeras facilitan este proceso para promover el bienestar del paciente. Los hallazgos de investigación indican que los profesionales de enfermería influyen sobre la transcendencia del yo mediante las interacciones terapéuticas con los pacientes y mediante la aplicación de intervenciones más formales.

En cuanto a las **interacciones enfermera-paciente**, un estudio transversal de residentes de residencias de ancianos que conservaban su capacidad cognitiva demostró que las interacciones enfermera-paciente se asociaron con aumentos en las dimensiones intrapersonales e interpersonales de la transcendencia del yo (Haugan, 2014; Haugan et al., 2013a). Diversas prácticas de curación guiadas por las interacciones de las enfermeras facilitan la transcendencia del yo al ayudar a los individuos a ampliar los límites personales de forma

mentalmente saludable (Coward y Reed, 1996; Reed, 1991a), como llevar un diario, la escritura creativa y la poesía, actividades artísticas y musicales, meditación, revisión de la vida y autorreflexión, y la oración religiosa, las expresiones de fe y esperanza y otras prácticas espirituales.

Se ha estudiado el papel que desempeñan varias **prácticas e intervenciones** en la promoción de la transcendencia del yo y el bienestar, como las prácticas contemplativas (Fiske, 2019a), la meditación con atención plena (Hanley y Garland, 2019), la confección de colchas conmemorativas (Kausch y Amer, 2007) y la logoterapia para promover la transcendencia del yo y la creación de significado (Wong, 2016). Se ha comprobado que facilitar la transcendencia del yo mediante una intervención de vinculación basada en la creación de arte aumenta el bienestar en personas con enfermedad de Alzheimer en fase avanzada (Walsh et al., 2011) y en los familiares cuidadores de personas con cáncer (Walsh et al., 2008). Una intervención de escritura de poesía para cuidadores de ancianos con demencia generó temas de transcendencia del yo en los cuidadores (Kidd et al., 2011).

El programa Psychoeducational Approach to Transcendence and Health (PATHs) identificó una intervención factible y generalmente eficaz basada en la teoría para facilitar la transcendencia del yo y el bienestar entre los ancianos que viven en la comunidad (McCarthy, 2011; McCarthy et al., 2015, 2018). Otro enfoque creativo para la transcendencia del yo consiste en desarrollar una

intervención de autoayuda por ordenador para facilitar las conexiones entre individuos del colectivo LGTBI (lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales y personas que se cuestionan su sexualidad) con intereses y valores compartidos (DiNapoli et al., 2014). Del mismo modo, Zhang y Xiao (2018) propusieron un estudio de un protocolo de revisión de la vida basado en la teoría de la transcendencia del yo en el que se utilizaba una aplicación de redes sociales en el teléfono móvil para un estudio aleatorio de una intervención con el objetivo de promover el bienestar psicoespiritual entre los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia. Haase et al. (Robb et al., 2014) aplicaron su modelo de resiliencia en la enfermedad en una investigación para analizar una intervención terapéutica con vídeos musicales para facilitar la transcendencia del yo y la resiliencia junto con otros factores importantes para el bienestar de los adolescentes y adultos jóvenes sometidos a un trasplante de células madre hematopoyéticas.

Se ha estudiado la utilidad de diversas **intervenciones grupales** para facilitar la transcendencia del yo. En un estudio cuasiexperimental, se observó que los grupos de apoyo entre compañeros facilitan la transcendencia del yo y promueven la salud física y el bienestar entre las personas con esclerosis múltiple o en hemodiálisis (Jadid-Milani et al., 2015; Milani et al., 2017). Los grupos de apoyo de pacientes con cáncer de mama (Coward, 1998, 2003; Coward y Kahn, 2004, 2005) y los grupos de apoyo de personas en proceso de duelo (Joffrion y Douglas, 1994) son intervenciones que las enfermeras investigadoras utilizaron para facilitar la transcendencia del yo, tendiendo la mano para compartir experiencias y ayudar a otras personas en situaciones similares, y para encontrar un sentido a sus situaciones de salud. Stinson y Kirk (2006) utilizaron la reminiscencia guiada en grupo para disminuir la depresión y aumentar la transcendencia del yo en mujeres mayores que vivían en una residencia asistida.

Formación

La teoría de la transcendencia del yo es relevante para la enseñanza de la enfermería en varios aspectos. En primer lugar, la teoría informa a los estudiantes sobre la enfermería sustantiva que facilita el bienestar a través de los recursos internos de la persona y las interacciones creativas con las enfermeras, que los estudiantes pueden aprender intervenciones basadas en la teoría y las interacciones de enfermería para aplicarlas a personas vulnerables, y que la transcendencia del yo tiene una importancia histórica y contemporánea en la formación de los estudiantes sobre los fundamentos teóricos y filosóficos como concepto central en la enfermería (Malinski, 2006; Newman, 1994; Parse, 1981, 2020; Rogers, 1970, 1980; Sarter, 1988). La teoría proporciona la oportunidad de aprender sobre el conocimiento enfermero articulado a través de la teoría de nivel medio que se fundamenta y se aplica en la práctica enfermera (Reed, 2019).

Por último, la teoría de la transcendencia del yo es importante para el bienestar de las enfermeras y su socialización en el rol profesional. Al cuidar a los demás, las enfermeras se enfrentan a situaciones difíciles que aumentan su vulnerabilidad y

afectan a su bienestar. La transcendencia del yo es una vía para enseñar a los alumnos a mantener el autocuidado y un estilo de vida saludable mientras cuidan de los demás. Las investigaciones indican que los profesionales de enfermería se benefician de las actitudes y conductas de transcendencia del yo. Una actividad artística basada en la teoría con ancianos en centros de mayores comunitarios ayudó a los estudiantes de enfermería a ampliar sus propios límites y a adquirir actitudes positivas al trabajar con ancianos (Chen y Walsh, 2009; Walsh et al., 2008). Del mismo modo, las perspectivas de la transcendencia del yo se correlacionan con unos mayores niveles de compromiso laboral en las enfermeras de cuidados intensivos (Palmer et al., 2010), con unos menores niveles de desgaste profesional en las enfermeras de cuidados paliativos y oncología (Hunnibell et al., 2008) y con el bienestar en las enfermeras que padecen alcoholismo (McGee, 2000, 2004).

La transcendencia del yo, estudiada en Alemania como valor motivacional en las enfermeras para el crecimiento personal y la apertura a las necesidades y diferencias de los demás, descubrió que las supervisoras de enfermería que mantenían esta perspectiva proporcionaban un entorno de trabajo más seguro en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Seibert et al., 2020). En la República Popular China, la investigación descubrió que los valores de la transcendencia del yo fomentaban una perspectiva multicultural y una actitud altruista hacia los inmigrantes (See et al., 2020). El altruismo que refleja la transcendencia del yo beneficia al profesional sanitario, como es evidente en el hallazgo de Fiske (2019b) sobre el aumento del bienestar de los sanitarios que participaron en un viaje de misiones. La transcendencia del yo facilitó tanto el bienestar emocional de las enfermeras y «vigorizó» las conductas de cuidado entre ellas (Hwang et al., 2019).

INVESTIGACIÓN

Las prácticas e intervenciones basadas en la teoría se desarrollan a partir de los resultados de los grupos de investigación. Las primeras investigaciones se centraron en la **depresión**, y respaldaban relaciones significativas entre la transcendencia del yo y la gravedad o la aparición de la depresión en los ancianos (Reed, 1986, 1989, 1991a). La investigación comunicó relaciones similares en ancianos deprimidos (Stinson y Kirk, 2006; Young y Reed, 1995), adultos de mediana edad (Ellermann y Reed, 2001) y adultos sin hogar (Runquist y Reed, 2007).

Los estudios aportan pruebas de la asociación entre la transcendencia del yo y el aumento del bienestar en poblaciones que se enfrentan a **enfermedades crónicas o potencialmente mortales**. Los resultados demostraron relaciones positivas entre la transcendencia del yo y el bienestar o la calidad de vida en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Coward, 1994, 1995; Coward y Lewis, 1993; Mellors et al., 2001; Sperry, 2011). Numerosos estudios han descrito la importancia de la transcendencia del

yo en mujeres con cáncer de mama (Coward y Kahn, 2004, 2005; Farren, 2010; Matthews y Cook, 2009; Thomas et al., 2010). Se describieron relaciones positivas entre la transcendencia, la transformatión y la búsqueda de sentido en mujeres no hospitalizadas con enfermedades crónicas como la artritis (Shearer et al., 2009).

Entre las poblaciones en las que la transcendencia del yo resultó significativa se encuentran los hombres de edad avanzada con insuficiencia cardíaca crónica (Gusick, 2008), los receptores de trasplantes hepáticos (Bean y Wagner, 2006) y los receptores de trasplantes de células madre (Williams, 2012). La transcendencia fue fundamental para mantener la esperanza, el significado y el sentido de integridad en adultos con atrofia muscular espinal (Ho et al., 2016) y esclerosis lateral amiotrófica en cuidados paliativos (Fanos et al., 2008).

La transcendencia del yo es importante para **envejecer de forma satisfactoria**. La transcendencia del yo se relaciona con el envejecimiento satisfactorio en estudios de salud física y mental entre individuos de 80 años o más (McCarthy et al., 2013, 2018). Un estudio longitudinal con ancianos sugirió que la transcendencia del yo facilitaba factores de supervivencia como el contacto social, las actividades al aire libre y las funciones que aumentan la longevidad en presencia de trastornos médicos que limitan la vida y el envejecimiento (Norberg et al., 2015).

Varios investigadores han estudiado la transcendencia del yo como un componente de la *fuerza interior* de los ancianos (Lundman et al., 2012; Viglund et al., 2014), un proceso dinámico y de desarrollo que se mide como un índice de sentido de coherencia, resiliencia, propósito en la vida y transcendencia del yo (Reed y Haugan, 2021). Moe et al. (2013) estudiaron la fuerza interior, considerando la transcendencia del yo como uno de los principales componentes de este concepto. La fuerza interna se midió con la STS y otros instrumentos de la salud mental y física en una muestra de mujeres y hombres muy ancianos con enfermedades crónicas. Una de las principales conclusiones es que, aunque las personas muy ancianas crónicamente enfermas son más vulnerables que las personas jóvenes, tienen el recurso de la fuerza interna para afrontar la vida y disfrutar de ella.

En los **cuidados de larga duración**, la transcendencia del yo está estrechamente relacionada con el bienestar. Los resultados apoyan consistentemente la transcendencia del yo como un recurso significativo para varias dimensiones del bienestar entre los ancianos cognitivamente intactos (Haugan et al., 2013b, 2014) y como un mecanismo significativo en la interacción enfermera-paciente para promover el sentido de la vida y la salud mental (Haugan, 2014; Haugan et al., 2013b, 2016, 2020a, 2020b). Entre los ancianos taiwaneses que vivían en residencias de ancianos, la transcendencia del yo mostró una fuerte correlación negativa con los síntomas depresivos (Hsu et al., 2013).

La transcendencia del yo promueve el **autocuidado** y la participación en las actividades de la vida diaria en ancianos no institucionalizados y en adultos sanos de mediana edad

(Coward, 1996; Upchurch y Mueller, 2005). Un estudio cualitativo en profundidad de adultos con diabetes de tipo 1 de reciente diagnóstico (Shill, 2020) comunicó el uso extenso y creativo de perspectivas y comportamientos de transcendencia del yo que mejoraron su sensación de bienestar y facilitaron el autocuidado diario de la diabetes.

La teoría tiene implicaciones prácticas para los **cuidadores familiares**. Acton (2003), Acton y Wright (2000) y Kidd et al. (2011) exploraron la transcendencia del yo en los cuidadores de personas con demencia. Acton y Wright (2000) sugirieron organizar un sistema de relevo para que los cuidadores tuvieran tiempo y energía para sus actividades transpersonales. En un caso clínico de un paciente en los estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer, Vitale et al. (2014) promovieron la utilidad de la teoría para orientar a las familias sobre formas de mejorar el bienestar del familiar. La transcendencia del yo fue importante para el bienestar en los cuidadores de pacientes terminales que murieron en el año previo (Reed y Rousseau, 2007), en personas en proceso de duelo (Joffrion y Douglas, 1994) y en aquellos que perdieron a seres queridos por VIH o SIDA (Kausch y Amer, 2007). Kim et al. (2011) encontraron una interdependencia significativa dentro de las diadas de cuidadores familiares-ancianos coreanos en las variables de transcendencia del yo y bienestar. La transcendencia del yo fue una perspectiva beneficiosa significativa para los padres de niños en tratamiento oncológico (Bajjani-Gebara y Reed, 2016).

EVOLUCIÓN

La conceptualización inicial de Reed sobre la transcendencia del yo se centró en la edad adulta avanzada e identificó la importancia de los recursos personales que amplían los límites del yo más allá de las preocupaciones generadas por el declive físico resultante del envejecimiento o la enfermedad. Reed amplió su investigación para estudiar la relación entre la transcendencia del yo y las decisiones sobre el final de la vida y el bienestar en los pacientes y los cuidadores de su familia. Las personas que afrontan el final de sus vidas son uno de los grupos más vulnerables a los que cuidan los profesionales de enfermería. Otros expertos han ampliado esta teoría para incluir a adultos jóvenes con trastornos que limitan la vida y pueden aumentar la vulnerabilidad.

La investigación ha ampliado el alcance de la teoría para incluir una mayor diversidad de individuos que experimentan vulnerabilidad y riesgos para su bienestar: jóvenes y ancianos, pacientes y no pacientes, y personas de diversas etnias.

Algunos ejemplos de focos de interés para la investigación son los ancianos coreanos y sus cuidadores familiares (Kim et al., 2011), los adultos amish de la zona rural de Ohio (Sharpnack et al., 2010, 2011), los cuidadores de ancianos con demencia (Kidd et al., 2011), los ancianos con bajos ingresos (McCarthy, 2011; McCarthy et al., 2018), los ancianos noruegos que viven en residencias de ancianos (Haugan et al., 2016,

2020b) y alumnos de secundaria que sufren acoso (Willis y Grace, 2011; Willis y Griffith, 2010). Diversas variables personales y del contexto afectan a la relación entre la transcendencia del yo y el bienestar en los individuos de distintas edades, situaciones vitales y culturas.

Los resultados de la investigación indican que la transcendencia del yo es un correlato del bienestar y un mediador entre la vulnerabilidad y el bienestar, lo que sugiere que puede funcionar en intervenciones orientadas a facilitar el bienestar en individuos inmersos en experiencias de mayor vulnerabilidad. Se ha demostrado que la transcendencia del yo funciona para mantener el bienestar en personas con enfermedades progresivas como la esclerosis múltiple y el lupus eritematoso sistémico (Iwamoto et al., 2011). Un estudio con centenarios encontró que una medida de las creencias existenciales de esperanza, las perspectivas de trascendencia, el significado y la espiritualidad fue un potente mediador entre las actividades de la vida diaria y la satisfacción con la vida; se observó que incluso un alto nivel de independencia en las actividades de la vida diaria no era predictivo de la satisfacción con la vida entre los ancianos que no presentaban estas creencias existenciales (Araújo et al., 2017).

Los investigadores siguen examinando y perfeccionando la **medición de la transcendencia del yo** en grupos de diferentes edades y etnias. Farahani et al. (2016) examinaron las propiedades de la STS para la investigación con adolescentes persas y determinaron que el instrumento era fiable y válido para la investigación. Burns et al. hicieron ligeras modificaciones para estudiar la transcendencia del yo en adolescentes sometidos a tratamientos oncológicos (Burns et al., 2009; Robb et al., 2014). Un grupo de investigadores suecos revisó la STS para su muestra y redujo los aspectos incluidos de 15 a 10 en una versión sueca de la STS (Lundman et al., 2015). La población de ancianos escandinavos que vivían en residencias de ancianos en la que Haugan et al. (2012) estudiaron la transcendencia del yo generó dos factores en la medida, en lugar del factor único de la STS.

Heredia y Sánchez (2016) combinaron medidas de espiritualidad y transcendencia del yo para desarrollar un nuevo constructo llamado transcendencia espiritual, que se relacionó significativamente con la menor vulnerabilidad de los adultos en edad universitaria al alcoholismo. Un estudio de validación transcultural de la STS (Peña-Gayo et al., 2018) identificó un modelo factorial alternativo de la STS (con tres factores en lugar de la escala monofactorial de Reed), pero descubrió que la teoría y el instrumento en general eran muy válidos para explicar el papel de la transcendencia del yo en el bienestar en su población española de adultos.

Hay muchas formas de ampliar los límites personales (ya que se plantea la teoría de que la transcendencia del yo es multidimensional, o pandimensional) y, por lo tanto, se pueden utilizar diversas medidas de transcendencia del yo en la investigación. La transcendencia del yo es una teoría robusta con conceptos estables. La teoría facilita una diversidad de aplicaciones que se ajustan a los contextos pertinentes de la

investigación y la práctica. El desarrollo de teorías es un proceso de investigación dinámico (Reed, 2019).

Según la reconceptualización de la enfermería realizada por Reed (1997a), la enfermería no es solo una *práctica profesional* que promueve el bienestar, sino que también es un *proceso biopsicoespiritual* y un recurso *inherente* a todos los seres humanos para promover el bienestar de uno mismo y de los demás. Para Reed (1997a, 2018), el significado de «enfermería» se refiere a las prácticas de enfermería comúnmente entendidas y a los procesos de enfermería *en el seno* de los seres humanos. La transcendencia del yo es un proceso de enfermería. Las futuras exploraciones de los mecanismos que subyacen a las perspectivas y conductas de transcendencia del yo desarrollarán nuevas explicaciones teóricas sobre cómo surge y funciona la transcendencia del yo en las vidas humanas. Desde el campo de la psicología transpersonal, la investigación al respecto presenta a los profesionales una idea de la transcendencia del yo como valor motivacional o disposición psicológica para experimentar el sentido, el flujo y el compromiso en las propias actividades (Osin et al., 2016; Woods, 2020). Conforme se avanza en la teoría de la transcendencia del yo mediante la práctica y la investigación, los profesionales de enfermería aprenden más sobre el potencial de bienestar de las personas a lo largo de sus vidas.

CRÍTICA

Claridad

Aunque el concepto de transcendencia del yo puede parecer a primera vista demasiado abstracto o incluso místico, los profesionales de enfermería han sido capaces de apreciarlo e identificarse con este concepto a través de sus experiencias profesionales y sus conocimientos. Las fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría se describen con claridad en varias de las publicaciones referenciadas en este capítulo. Las definiciones y asunciones sobre los conceptos derivan de forma directa de la teoría del desarrollo a lo largo de la vida y de la ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers. En cuanto a la consistencia estructural, el modelo esquemático de la teoría (v. fig. 29.1) representa la consistencia estructural en la disposición lógica de los conceptos y sus relaciones propuestas de manera congruente con los valores y supuestos sobre el potencial humano, la salud y el bienestar (Reed, 2018, 2020). Las relaciones identificadas son internamente coherentes y obtienen un apoyo empírico uniforme a través de la investigación y la aplicación en la práctica.

Sencillez

La teoría de nivel medio de Reed es parsimoniosa a la vez que permite la complejidad de los factores y las relaciones necesarias para comprender la salud y el bienestar. La teoría contiene tres conceptos principales (vulnerabilidad, transcendencia del yo y bienestar) y sus interrelaciones propuestas. La sencillez de la teoría permite una amplia aplicación en distintas poblaciones y experiencias de salud para innovar en el diseño de estrategias para promover el bienestar. Los subconceptos (factores

personales y del entorno) proporcionan una dinámica incorporada sensible a las influencias contextuales relevantes y contemporáneas sobre las relaciones entre los conceptos clave. Los conceptos y subconceptos principales y sus relaciones son amplios para ayudar al investigador o al profesional a tener en cuenta las influencias importantes en el proceso de promoción del bienestar a través de la transcendencia del yo.

Generalidad

El objetivo de la teoría de la transcendencia del yo es aumentar la comprensión de las enfermeras sobre los procesos humanos y del entorno que promueven el bienestar a lo largo de la vida. El alcance y el objetivo de la teoría de Reed es lo suficientemente general como para aplicarlo a una variedad de situaciones relacionadas con la salud. Las pruebas sistemáticas y el desarrollo revelaron una amplia gama de indicadores de bienestar más allá de los de salud mental y enfermedad, que incluían a personas de todas las edades que se enfrentan a una mayor vulnerabilidad a través de sucesos del desarrollo y situacionales como el parto, vivir con una enfermedad crónica o potencialmente mortal, el trauma, la pérdida, el envejecimiento y el final de la vida y la pérdida. Al ampliar el alcance y el objetivo de la teoría desde la salud mental hasta el bienestar humano se aumentó su generalidad. El desarrollo continuado y la demostración de la teoría llevaron a especificar la transcendencia del yo como un mediador entre la vulnerabilidad y el bienestar, así como un correlato directo del bienestar (Reed, 2018, 2020).

RESUMEN

La teoría de la transcendencia del yo se desarrolló inicialmente utilizando una reformulación deductiva a partir de las teorías del desarrollo a lo largo de la vida, el sistema conceptual de los seres humanos unitarios de Rogers, la investigación empírica y las experiencias clínicas y personales de la teórica. Se han desarrollado premisas que relacionan los conceptos y subconceptos teóricos, que se han estudiado en una serie de poblaciones. Los datos de la investigación confirman las relaciones que se sospechaban

Accesibilidad

Uno de los puntos fuertes de la teoría de la transcendencia del yo es su gran accesibilidad para los profesionales, investigadores y otros estudiosos interesados en la salud y el bienestar humanos. Los conceptos de la teoría se vinculan a la realidad empírica y a la práctica enfermera de forma comprensible y significativa para el trabajo de las enfermeras. La medida de la transcendencia del yo se ha consagrado mediante el desarrollo y refinamiento de la STS de Reed. La STS se ha traducido a muchos idiomas, incluidos el castellano, el sueco, el coreano, el chino mandarín, el turco, el francés, el persa y el japonés.

Importancia

La teoría de la transcendencia es una teoría de nivel medio basada en la filosofía y la práctica de la enfermería que sigue utilizándose en la formación de enfermería y que se ha comprobado y ampliado a través de la investigación y la práctica. La teoría aporta información sobre las capacidades de desarrollo humano de bienestar a través de las situaciones de salud importantes para los cuidados de enfermería. Los profesionales de enfermería y los pacientes afrontan situaciones que ponen en riesgo su bienestar. La transcendencia del yo puede incorporarse al repertorio de enfermería para facilitar el bienestar en momentos de vulnerabilidad. La conceptualización terrestre de la transcendencia del yo en la teoría facilita el desarrollo de intervenciones que pueden ser puestas a prueba como estrategias para fomentar el bienestar en diversas situaciones de relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes.

entre vulnerabilidad, perspectivas y conductas de la transcendencia del yo y bienestar. Estos estudios contribuyen a que los profesionales de enfermería comprendan mejor que los pacientes poseen una capacidad de desarrollo personal y sentido del bienestar, con independencia de la situación de salud. La transcendencia del yo, como proceso de enfermería practicado por los profesionales de enfermería, es un recurso para el bienestar y su complejidad cambiante a lo largo de la vida.

CASO CLÍNICO

El Sr. Jones es un hombre de 71 años cuya esposa murió hace 6 meses tras una larga enfermedad. La pareja llevaba 43 años casada y se adoraban mutuamente. Tenían tres hijos y cuatro nietos. Dos de sus hijos viven a cientos de kilómetros, pero uno vive con su mujer y dos niños en edad escolar a menos de 1 km de la casa del Sr. Jones.

El Sr. Jones se encargó de gran parte de los cuidados de su esposa durante su enfermedad. Aunque cuidarla era agotador y le llevaba mucho tiempo, por lo que tenía que pasar la mayor parte del tiempo en casa, se sentía agradecido

de haber podido hacerlo. Actualmente está solo en casa, se siente muy solo y no tiene interés en cocinar o comer, y carece de energía para retomar sus actividades sociales y comunitarias e incluso para interactuar con su hijo y su familia.

La enfermera de cuidados paliativos se puso en contacto con el Sr. Jones para ofrecerle asesoramiento sobre el duelo. Le dijeron que, aunque había «pasado» una exploración física rutinaria la semana anterior, estaban preocupados por su tristeza y falta de energía prolongadas. La enfermera

(Continúa)

CASO CLÍNICO (cont.)

lo tranquilizó diciéndole que no era raro que el duelo durase muchos meses tras una pérdida importante. Le preguntó si consideraba que su mujer, en caso de haber fallecido él antes, hubiese tenido la misma experiencia. Su respuesta fue que a su mujer le habría costado todavía más adaptarse. La enfermera y el Sr. Jones dedicaron un rato a reflexionar sobre su pérdida y sentimientos, y también a comentar su respuesta. La pregunta inicial de la enfermera y la perspectiva aportada por el Sr. Jones fue que el duelo no era tan malo, porque su mujer le había ayudado a transcender a la experiencia inmediata de la pérdida y encontrar algún significado para el duelo.

Esta ilustración es un ejemplo de una expansión hacia el interior de los límites del yo, indicativo de su transcendencia. Otras expresiones de la transcendencia del yo podrían ayudar al Sr. Jones a conseguir su propia recuperación y recuperar el estado de bienestar.

En cuanto a la expansión hacia el exterior, el Sr. Jones podría, si le animaran a ello, acudir a la familia de su hijo para empezar a reconectar con el mundo exterior. Ir a casa de su hijo caminando podría ampliar su mundo sensitivo y darle oportunidades para interactuar con otras personas y con la naturaleza durante el trayecto. Pasar ratos con sus nietos podría darle la alegría que los niños pequeños aportan a los

ancianos, y también podría sentirse satisfecho por ayudar a su hijo y a su nuera. Apuntarse a la asociación YMCA local para hacer ejercicio y otras actividades creativas o sociales es otra forma de ampliar los límites de forma saludable.

Ofrecerse en un momento futuro a utilizar las habilidades que aprendió mientras cuidaba a su esposa a través del voluntariado con el centro de paliativos sería un ejemplo de transcendencia hacia el exterior y temporal. La integración de los recuerdos positivos del Sr. Jones en su vida diaria actual sería otro ejemplo de transcendencia temporal del yo.

La transcendencia transpersonal del yo es otra experiencia importante para el Sr. Jones. Aunque no ha podido acudir a misa durante varios años, previamente había encontrado en la camaradería con los demás una fuente de confort. Su vida espiritual podría incluso haberse ampliado para incluir algunas dimensiones espirituales nuevas, como las derivadas de reflexionar sobre la posibilidad o creencia de «reunirse» alguna vez con su mujer o sentirla presente de alguna manera en el momento actual. Volver a la iglesia o cubrir las dimensiones espirituales fuera de un grupo organizado, de forma que ayude al Sr. Jones a encontrar un significado en su pérdida y un objetivo en la vida diaria, es otro ejemplo de transcendencia del yo transpersonal.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Considere el aspecto multidimensional de la transcendencia del yo e identifique ejemplos de situaciones en las que haya experimentado una ampliación de los límites de su propia vida. Describa cómo la ampliación de la conciencia influyó en su salud o sensación de bienestar en cada ejemplo.
2. ¿Cuáles son los factores de la vida de los pacientes de los que se ha ocupado que han afectado de forma negativa a su capacidad de transcendencia del yo? Sugiera formas de facilitar la transcendencia del yo para obtener un resultado positivo.
3. ¿Cómo podría ayudar a un adolescente con diabetes de tipo 1 para que mantenga la motivación para el autocuidado (véase [Shill, 2020](#))? ¿Cómo aplicaría la teoría de la transcendencia del yo para ayudar a una persona frágil de 95 años que vive en una residencia de ancianos a mantener o adquirir una sensación de bienestar (basándose en los resultados de la investigación de Haugan et al. recogida en este capítulo)?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Reed, P. G. (2008). *Reed self-transcendence theory, nurse theorists: Portraits of excellence* (Vol. II). Athens, OH: Fitne Productions.
- Reed, P. G. (2010). *Self-transcendence theory and nursing in illness and suffering*. (DVD) Por la Escuela Superior de Salud Instituto Politécnico de Leiria Research Conference, Lisboa, Portugal.
- Reed, P. G. (2018). The theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (4th ed., pp. 119–146). New York: Springer.
- Reed, P. G. (2019). Intermodernism: A philosophical perspective for development of scientific nursing theory. *Advances in Nursing Science*, 42(1), 17–27.
- Reed, P. G., & Shearer, N. B. C. (2018). *Nursing knowledge and theory innovation: Advancing the science of nursing practice* (2nd ed.). New York: Springer.
- Reed, P. G., & Haugan, G. (2021). Self-transcendence: A salutogenic process for well-being. In G. Haugan (Ed.), *Health promotion in health care—Vital theories and research*. New York: Springer, in press.

BIBLIOGRAFÍA

- Acton, G. (2003). Self-transcendent views and behaviors: Exploring growth in caregivers of adults with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(12), 22–30.
- Acton, G., & Wright, K. (2000). Self-transcendence and family caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing*, 18(2), 143–158.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2017). The role of existential beliefs within the relation of centenarians' health and well-being. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1111–1122.
- Bajjani-Gebara, J., & Reed, P. G. (2016). Nursing theory as a guide into uncharted waters: Research with parents of children undergoing cancer treatment. *Applied Nursing Research*, 32, 14–17.
- Bean, K., & Wagner, K. (2006). Self-transcendence, illness distress, and quality of life among liver transplant recipients. *Journal of Theory Construction & Testing*, 10(2), 47–53.
- Burns, D. S., Robb, S. L., & Haase, J. E. (2009). Exploring the feasibility of a therapeutic music video intervention in adolescents and young adults during stem cell transplantation. *Cancer Nursing*, 32(5), 8–16.
- Chen, S., & Walsh, S. (2009). Effect of a creative-bonding intervention on Taiwanese nursing students' self-transcendence and attitudes toward elders. *Research in Nursing and Health*, 32(2), 204–216.
- Coward, D. D. (1994). Meaning and purpose in the lives of persons with AIDS. *Public Health Nursing*, 11(5), 331–336.
- Coward, D. D. (1995). Lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(4), 314–318.
- Coward, D. D. (1996). Correlates of self-transcendence in a healthy population. *Nursing Research*, 45(2), 116–121.
- Coward, D. D. (1998). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group. *Oncology Nursing Forum*, 25(1), 75–84.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group II. *Oncology Nursing Forum*, 30(Part 1 of 2), 291–300.
- Coward, D. D., & Kahn, D. L. (2004). Resolution of spiritual disequilibrium in women newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), E24–E31.
- Coward, D. D., & Kahn, D. L. (2005). Transcending breast cancer: Making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing*, 23(3), 264–283.
- Coward, D. D., & Lewis, F. M. (1993). The lived experience of self-transcendence in gay men with AIDS. *Oncology Nursing Forum*, 20, 1363–1369.
- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end-of-life. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 275–288.
- DiNapoli, J. M., Garcia-Dia, M. J., Garcia-Ona, L., O'Flaherty, D., & Siller, J. (2014). A theory-based computer mediated communication intervention to promote mental health and reduce high-risk behaviors in the LGBT population. *Applied Nursing Research*, 27(1), 91–93.
- Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middle-aged adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698–713.
- Fanos, J. H., Gelinas, D. R., Foster, R. S., Postone, N., & Miller, R. G. (2008). Hope in palliative care: From narcissism to self-transcendence in amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Palliative Medicine*, 11(3), 470–475.
- Farahani, A., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Majd, H., & Sajjadi, M. (2016). Psychometric Properties of the Persian Version of Self-Transcendence Scale: Adolescent Version. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(2), 157–167.
- Farren, A. T. (2010). Power, uncertainty, self-transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 63–71.
- Fiske, E. A. (2019a). Self-transcendence theory and contemplative practices. *Holistic Nursing Practice*, 33(5), 266–272.
- Fiske, E. A. (2019b). Self-transcendence, well-being, and vulnerability in healthcare mission participants. *Nursing Science Quarterly*, 32(4), 306–313.
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.
- Gusick, G. M. (2008). The contribution of depression and spirituality to symptom burden in chronic heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 53–55.
- Hanley, A. W., & Garland, E. L. (2019). Spatial frame of reference as a phenomenological feature of self-transcendence: Measurement and manipulation through mindfulness meditation. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 329–345.
- Haugan, G. (2014). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 74–88.
- Haugan, G., Drageset, J., & André, B. (2020a). Self-transcendence mediates the relationships between loneliness, depression and nurse-patient interaction among nursing home residents. In review. *BMC Geriatr*, 20, 168. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01555-2>.
- Haugan, G., Hanssen, B., & Moksnes, U. K. (2013a). Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 882–893.
- Haugan, G., Kuven, B. M., Eide, W. M., Taasen, S. E., Rinnan, E., Xi Wu, V., Drageset, J., & André, B. (2020b). Nurse-patient interaction and self-transcendence: Assets for a meaningful life in nursing home residents? *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.21203/rs.2.13599/v1>.
- Haugan, G., Moksnes, U. K., & Løhre, A. (2016). Intra-personal self-transcendence, meaning-in-life and nurse-patient interaction: Powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 790–801.
- Haugan, G., Rannestad, T., Garåsen, H., Hammervold, R., & Espnes, G. A. (2012). The self-transcendence scale: An

- investigation of the factor structure among nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 147–159.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H., & Espnes, G. A. (2013b). Self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients: A resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1147–1160.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H., & Espnes, G. A. (2014). The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*, 9(1), 65–78.
- Heredia, L., & Sanchez, A. (2016). Vulnerability to alcohol consumption, spiritual transcendence and psychosocial well-being: Test of a theory. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24, e2702.
- Ho, H., Tseng, Y., Hsin, Y., Chou, F., & Lin, W. (2016). Living with illness and self-transcendence: The lived experience of patients with spinal muscular atrophy. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2695–2705.
- Hsu, Y. C., Badger, T., Reed, P., & Jones, E. (2013). Factors associated with depressive symptoms in older Taiwanese adults in a long-term care community. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 1013–1021.
- Hunnibell, L. S., Reed, P. G., Quinn-Griffin, M., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-transcendence and burnout in hospice and oncology nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 10(3), 172–179.
- Hwang, H.-L., Tu, C.-T., & Chan, H.-S. (2019). Self-transcendence, caring and their associations with well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1473–1483.
- Iwamoto, R., Yamawaki, N., & Sato, T. (2011). Increased self-transcendence in patients with intractable diseases. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 65(7), 638–647.
- Jadid-Milani, M., Ashktorab, T., Abed Saeedi, Z., & Alavi Majd, H. (2015). The impact of self-transcendence on physical health status promotion in multiple sclerosis patients attending peer support groups. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 725–732.
- Joffrion, L. P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution: Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(3), 13–19.
- Kausch, K. D., & Amer, K. (2007). Self-transcendence and depression among AIDS Memorial Quilt panel makers. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 45(6), 44–53.
- Kidd, L. I., Zauszniewski, J. A., & Morris, D. L. (2011). Benefits of a poetry writing intervention for family caregivers of elders with dementia. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(9), 598–604.
- Kim, S., Reed, P. G., Hayward, R. D., Kang, Y., & Koenig, H. G. (2011). Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Research in Nursing and Health*, 34(2), 103–115.
- Langner, T. S. (1962). A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior*, 3, 269–276.
- Lerner, R. M., Hershberg, R., Hilliard, L., & Johnson, S. K. (2015). Concepts and theories of human development: Historical and contemporary dimensions. In M. H. Bornstein, & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (7th ed., pp. 3–41). New York: Psychology Press.
- Lerner, R. M., & Lerner, J. V. (2019). The development of a person: A relational–developmental systems perspective. In D. P. McAdams, R. L. Shiner, & J. Tackett (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 59–75). New York: The Guilford Press.
- Lundman, B., Alex, L., Jonsen, E., Lövhheim, H., Nygren, B., Santamäki Fischer, R., et al. (2012). Inner strength in relation to functional status, disease, living arrangements and social relationships among people aged 85 years and older. *Geriatric Nursing*, 33(3), 167–176.
- Lundman, B., Årestedt, K., Norberg, A., Fischer, R. S., Norberg, C., & Lövhheim, H. (2015). Psychometric properties of the Swedish version of the Self-Transcendence Scale among the oldest old. *Journal of Nursing Measurement*, 23(1), 96–111.
- Malinski, V. M. (2006). Rogerian science-based nursing theories. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 7–12.
- Maslow, A. H. (1971). *Farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships between optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 716–726.
- McCarthy, V. L. (2011). A new look at successful aging: Exploring a mid-range theory among older adults in a low-income retirement community. *The Journal of Theory Construction and Testing*, 15(1), 17–22.
- McCarthy, V. L., Hall, L. A., Crawford, T. N., & Connelly, J. (2018). Facilitating self-transcendence: An intervention to enhance well-being in late life. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 854–873.
- McCarthy, V. L., Jiying, L., Bowland, S., Hall, L. A., & Connelly, J. (2015). Promoting self-transcendence and well-being in community-dwelling older adults: A pilot study of a psychoeducational intervention. *Geriatric Nursing*, 36(6), 431–437.
- McCarthy, V. L., Jiying, L., & Carini, R. M. (2013). The role of self-transcendence. A missing variable in the pursuit of successful aging? *Research in Gerontological Nursing*, 6(3), 178–186.
- McGee, E. (2000). Alcoholics Anonymous and nursing: Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 11–26.
- McGee, E. M. (2004). *I'm better for having known you: An exploration of self-transcendence in nurses*. Newton, Massachusetts: Boston College.
- Mellors, M. P., Erlen, J. A., Coontz, P. D., & Lucke, K. T. (2001). Transcending the suffering of AIDS. *Journal of Community Health Nursing*, 18(4), 235–246.
- Milani, M. J., Amiri, P., Vajdani, M., Salehiniya, H., & Malek-Khahi, A. (2017). The effect of peer support group on self-transcendence in patients undergoing hemodialysis. *Biomedical Research and Therapy*, 4(3), 1198–1209.

- Moe, A., Hellzen, O., Ekker, K., & Enmarker, I. (2013). Inner strength in relation to perceived physical and mental health among the oldest old people with chronic illness. *Aging & Mental Health*, 17(2), 189–196.
- Newman, M. A. (1994). *Health as expanding consciousness* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Norberg, A., Lundman, B., Gustafson, Y., Norberg, C., Fischer, R. S., & Lövhim, H. (2015). Self-transcendence (ST) among very old people—Its associations to social and medical factors and development over five years. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 61(2), 247–253.
- Osin, E. N., Malytina, A. V., & Kosheleva, N. V. (2016). Self-transcendence facilitates meaning-making and flow: Evidence from a pilot experimental study. *Psychology in Russia: State of the Art*, 9(2), 80–96. <https://doi.org/10.11621/pir.2016.0207>.
- Palmer, B., Quinn, M. T., Reed, P. G., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Critical Care Nursing*, 33(2), 138–147.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R. R. (2020). Rosemarie Rizzo Parse's humanbecoming paradigm. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 259–270). Philadelphia: F. A. Davis.
- Pena-Gayo, A., Gonzalez-Chorda, V. M., Cervera-Gasch, A., & Mena-Tudela, D. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of Pamela Reed's Self-Transcendence Scale for the Spanish context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3058. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2750.3058>.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Reed, P. G. (1983). Implications of the life span developmental framework for well-being in adulthood and aging. *Advances in Nursing Science*, 6(1), 18–25.
- Reed, P. G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research*, 35(6), 368–374.
- Reed, P. G. (1989). Mental health of older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 143–163.
- Reed, P. G. (1991a). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64–77.
- Reed, P. G. (1991b). Self-transcendence and mental health in the oldest-old adults. *Nursing Research*, 40(1), 5–11.
- Reed, P. G. (1997a). Nursing: The ontology of the discipline. *Nursing Science Quarterly*, 10(2), 76–79.
- Reed, P. G. (1997b). The place of transcendence in nursing's science of unitary human beings: Theory and research. In M. Madrid (Ed.), *Patterns of Rogerian knowing* (pp. 187–196). New York: National League for Nursing.
- Reed, P. G. (2020). Pamela Reed's theory of self-transcendence. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 399–408). Philadelphia: F. A. Davis.
- Reed, P. G., & Rousseau, E. (2007). Spiritual inquiry and well-being in life limiting illness. *Journal of Religion, Spirituality, & Aging*, 19(4), 81–98.
- Robb, S. L., Burns, D. S., Stegenga, K. A., Haut, P. R., Monahan, P. O., Meza, J., et al. (2014). Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescents/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant: A report from the Children's Oncology Group. *Cancer*, 120(6), 909–917.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*: F. A. Davis Philadelphia.
- Rogers, M. E. (1980). A science of unitary man. In J. Riehl, & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 329–338). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, M. E. (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. In E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers' science-based nursing* (pp. 5–12). New York: National League for Nursing.
- Runquist, J. J., & Reed, P. G. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing*, 25(1), 5–13.
- Sarter, B. (1988). Philosophical sources of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(2), 52–59.
- See, Y. H., Lim, A. W. Q., & Pauketat, J. V. T. (2020). Values predict willingness to interact with immigrants: The role of cultural ideology and multicultural acquisition. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 51(1), 3–24.
- Seibert, M., Hillen, H., Pfaff, H., & Kuntz, L. (2020). Exploring leading nurses' work values and their association with team safety climate: Results from a questionnaire survey in neonatal intensive care units. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 112–119.
- Sharpnack, P. A., Quinn-Griffin, M. T., Benders, A. M., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Spiritual and alternative healthcare practices of the Amish. *Holistic Nursing Practice*, 24(2), 64–72.
- Sharpnack, P. A., Quinn-Griffin, M. T., Benders, A. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Self-transcendence and spiritual well-being in the Amish. *Journal of Holistic Nursing*, 29(2), 91–97.
- Shearer, N. B. C., Fleury, J. D., & Reed, P. G. (2009). The rhythm of health in older women with chronic illness. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(2), 148–160.
- Shill, T. L. (2020). *Self-transcendence and self-care behaviors in emerging adults with type 1 diabetes*: Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences.
- Sperry, J. J. (2011). *The relationship of self-transcendence, social interest, and spirituality to well-being in HIV/AIDS adults*: ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3480607).
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: An intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208–218.
- Thomas, J. C., Burton, M., Quinn-Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 28(2), 115–122.
- Upchurch, S. L., & Mueller, W. H. (2005). Spiritual influences on ability to engage in self-care activities among older African

- Americans. *International Journal of Aging & Human Development*, 60(1), 77–94.
- Viglund, K., Jonsén, E., Strandberg, G., Lundman, B., & Nygren, B. (2014). Inner strength as a mediator of the relationship between disease and self-rated health among old people. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 144–152.
- Vitale, S. A., Shaffer, C. M., & Fenton, H. R. A. (2014). Self-transcendence in Alzheimer's disease: The application of theory in practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(4), 347–355.
- Walsh, S. M., Chen, S., Hacker, M., & Broschard, D. (2008). A creative-bonding intervention and a friendly visit approach to promote nursing students' self-transcendence and positive attitudes toward elders: A pilot study. *Nurse Education Today*, 28(3), 363–370.
- Walsh, S. M., Lamet, A. R., Lindgren, C. L., Rillstone, P., Little, D. J., Steffey, C. M., et al. (2011). Art in Alzheimer's care: Promoting well-being in people with late-stage Alzheimer's disease. *Rehabilitation Nursing*, 36(2), 66–72.
- Williams, B. J. (2012). Self-transcendence in stem-cell transplantation recipients: A phenomenologic study. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E41–E48.
- Willis, D. G., & Grace, P. J. (2011). The applied philosopher-scientist: Intersections among phenomenological research, nursing science, and theory as a basis for practice aimed at facilitating boys' healing from being bullied. *Advances in Nursing Science*, 34(10), 19–28.
- Willis, D. G., & Griffith, C. A. (2010). Healing patterns revealed in middle school boys' experiences of being bullied using Roger's Science of Unitary Human Beings (SUHB). *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(30), 125–132.
- Wong, P. T. (2016). Meaning-seeking, self-transcendence, and well-being. In A. Batthyány (Ed.), *Logotherapy and existential analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna*, 1 (pp. 311–321). New York: Springer.
- Woods, J. G. (2020). Self-transcendence and flow in military intelligence [Doctoral dissertation, Grand Canyon University]. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 18(5-A).
- Young, C. A., & Reed, P. G. (1995). Elders' perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(6), 338–347.
- Zhang, X., & Xiao, H. (2018). Development and evaluation of a WeChat-based life review programme for patients with cancer: Protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(12), e020239.



Carolyn L. Wiener
(1930-actualidad)*



Marylin J. Dodd
(1946-actualidad)†

Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd: teoría de la trayectoria de la enfermedad

Julie L. Murphy, Lisa Kitko, Gwen McGhan, Cynthia K. Snyder

«La incertidumbre que rodea a una enfermedad crónica como el cáncer es la incertidumbre de la vida en sentido amplio. Escuchando a quienes toleran esta exagerada incertidumbre, podemos aprender mucho de la trayectoria de la vida.»
(Wiener y Dodd, 1993, p. 29)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Carolyn L. Wiener

Carolyn L. Wiener nació en 1930 en San Francisco. Obtuvo su licenciatura en Ciencias Sociales Interdisciplinarias en la San Francisco State University en 1972. Wiener completó un máster en Sociología en la University of California, San Francisco (UCSF), en 1975. Volvió a la UCSF para realizar su doctorado en Sociología y lo completó en 1978. Después de obtener su doctorado, Wiener aceptó el puesto de socióloga adjunta de investigación en la UCSF, en el que permaneció durante toda su carrera profesional, hasta alcanzar la condición de profesora titular en 1999.

Wiener es profesora emérita del Departamento de Ciencias Sociales y de la Conducta de la Escuela de Enfermería de la UCSF. Sus investigaciones se han centrado en la organización en instituciones de atención sanitaria, enfermedad crónica y políticas de salud. Ha ejercido la docencia en métodos de investigación cualitativa, ha dirigido el trabajo de estudiantes e

investigadores visitantes de enfermería y sociología en la UCSF y ha organizado numerosos seminarios y talleres, a escala nacional e internacional, sobre el método de la teoría fundamentada.

A lo largo de su carrera, la excelencia de Wiener la hizo merecedora de varios premios y reconocimientos. En 2001, impartió la conferencia inaugural en la serie internacional titulada «Critiquing Health Improvement» en la Nottingham University School of Nursing, en Inglaterra. En el mismo año fue distinguida públicamente en la reunión de la UCSF titulada «Celebrating Women Faculty», un evento inaugural que reconocía los logros de su profesorado femenino. La relación en colaboración de Wiener con el Anselm Strauss de los últimos tiempos (coinspirador junto con Barney Glaser de la teoría fundamentada) y su prolífica experiencia en los métodos de la teoría fundamentada se ponen de manifiesto en su presencia como invitada en presentaciones en la Celebration of the Life and Work of Anselm Strauss en la UCSF celebrada en 1996, en una conferencia titulada «Anselm Strauss, un teórico: el impacto de su pensamiento en las ciencias sociales alemanas y europeas, en Magdeburgo, Alemania, en 1999», y en el First Anselm Strauss Research Colloquium en la UCSF en 2005. Wiener ha sido muy apreciada como asesora metodológica para investigadores y estudiantes de diversas especialidades.

*Fotografía: Robert Foothorap. Tomado de (2001). The UCSF School of Nursing Annual Publication, *The Science of Caring*, 13(1), 7.

†Fotografía: Craig Carlson.

La difusión de los resultados de su investigación y de sus publicaciones sobre metodología es una de las señas de identidad del trabajo de Wiener. Ha producido una serie continua de artículos de investigación y de teoría desde mediados de los años setenta. Además, es autora o coautora de varios libros (Strauss et al., 1997; Wiener, 1981, 2000; Wiener y Strauss, 1997; Wiener y Wysmans, 1990). En sus trabajos iniciales, Wiener se centró en las trayectorias de la enfermedad, la biografía y todo lo que se relaciona con la evolución de la tecnología médica. Desde finales de los años ochenta hasta los años noventa, Wiener se centró en la forma de afrontar los problemas, la indecisión y la responsabilidad en los hospitales. Su estudio sobre la gestión de la calidad y los esfuerzos de rediseño en hospitales y la interacción entre organismos y hospitales en relación con la responsabilidad dio lugar a un libro, *The Elusive Quest* (Wiener, 2000). En este libro, Wiener describió el deficiente ajuste de las técnicas de mejora de la calidad tomadas de la industria corporativa en un centro hospitalario en el cual profesionales de diversas disciplinas proporcionan cuidados altamente sofisticados a pacientes cuyas biografías individuales desafían toda categorización y cuyo curso de enfermedad es idiosincrásico. Wiener cuestionó el concepto de que el rendimiento hospitalario puede, o debe, medirse cuantitativamente. Toda la obra de Wiener se sustenta en su experiencia metodológica y en su perspectiva sociológica.

Marylin J. Dodd

Marylin J. Dodd nació en 1946 en Vancouver, Canadá. Obtuvo el diploma de enfermera tras estudiar en el Hospital General de Vancouver, en la Columbia Británica (Canadá). Continuó su educación y obtuvo la licenciatura y un máster en Enfermería en la University of Washington en 1971 y 1973, respectivamente. Dodd trabajó como profesora de Enfermería en la University of Washington tras completar su máster. En 1977, Dodd volvió a la universidad y completó su doctorado en Enfermería por la Wayne State University. Después aceptó la plaza de profesora ayudante en la UCSF. Durante su estancia allí, Dodd ha llegado a ejercer como profesora a tiempo completo y como directora del Center for Symptom Management de la UCSF. En 2003 fue galardonada con el Sharon A. Lamb Endowed Chair en Control de Síntomas en la Escuela de Enfermería, UCSF. La Dra. Dodd es actualmente profesora emérita en la Facultad de Enfermería de la UCSF.

El ejemplar programa de investigación de Dodd se centró en la enfermería oncológica, concretamente en el autocuidado y el control de los síntomas. Los extraordinarios registros de Dodd de investigación subvencionada proporcionan evidencias de la superioridad y del significado de su trabajo. Con gran habilidad, ha combinado modestos fondos internos y externos con 23 años de financiación continua de los National Institutes of Health para avanzar en su investigación. Su trayectoria investigadora ha avanzado impecablemente conforme ha utilizado de forma progresiva los estudios descriptivos y los estudios de intervención, a través de metodologías de ensayos clínicos aleatorios para extender la comprensión de los fenómenos complejos en el cuidado del cáncer.

La investigación de Dodd estaba diseñada para comprobar las intervenciones de autocuidado (Programa PRO-SELF) para controlar los efectos secundarios del tratamiento del cáncer (mucositis) y los síntomas del cáncer (fatiga, dolor). Esta investigación, titulada «The PRO-SELF: Pain control program-An effective approach for cancer pain management», se publicó en *Oncology Nursing Forum* (West et al., 2003). Dodd enseñaba la especialidad de enfermería oncológica. En 2002 creó dos nuevos cursos («Biomarkers I and II») desarrollados por el Center for Symptom Management Faculty Group.

La ilustre carrera de Dodd ha merecido varios premios prestigiosos. Entre dichos honores, fue reconocida como miembro de la American Academy of Nursing (en 1986). Su excelencia y sus importantes contribuciones a la enfermería oncológica la han hecho merecedora de los Premios Schering Excellence in Research de la Oncology Nursing Society (en 1993 y 1996), Best Original Research Paper in Cancer Nursing (en 1994 y 1996), Distinguished Researcher Career de la Oncology Nursing Society Bristol-Myers (en 1997) y Chiron Excellence of Scholarship and Consistency of Contribution to the Oncology Nursing Literature Career de la Oncology Nursing Society (en 2000). En 2005, Dodd recibió el prestigioso Premio Episteme Laureate (el Premio Nobel de Enfermería) de la Sigma Theta Tau International. Esta impresionante lista de premios, que no es exhaustiva, proporciona una medida de la magnitud del respeto profesional y de la admiración que Dodd despertó a lo largo de su carrera.

El historial de Dodd en materia de difusión de la investigación es igualmente ilustre. Su volumen de publicaciones originales comenzó en 1975. A principios de la década de 1980 había publicado múltiples artículos cada año y su ritmo se ha ido acelerando. Ha sido autora o coautora de más de 130 artículos de revistas revisadas por expertos basadas en datos, siete libros y numerosos capítulos de libros, editoriales, conferencias y artículos de revisión (1978, 1987, 1988, 1991, 1997, 2001, 2004). Sus presentaciones en reuniones científicas por todo el mundo avalan su trabajo. Dodd ha sido conferenciante invitada en Norteamérica, Australia, Asia y Europa.

Los servicios prestados por Dodd a la universidad, a la Escuela de Enfermería, al Departamento de Enfermería Fisiológica y a numerosas organizaciones profesionales y públicas, así como a los consejos de revisión de revistas, aumentan su destacado historial de servicio a la profesión de enfermería. En 2015 Dodd fue nombrada Leyenda Viva por la American Academy of Nursing. Con esta breve revisión de su admirable trayectoria, está claro que Dodd es un ejemplo de excelencia en la carrera de enfermería.

FUENTES TEÓRICAS

Aunque el afrontamiento de la enfermedad ha sido de interés para los científicos sociales y los estudiosos de la enfermería durante décadas, Wiener y Dodd explican claramente que los supuestos teóricos anteriormente implícitos han limitado la utilidad de este conjunto de trabajos (Wiener y Dodd, 1993, 2000). El hecho de estar enfermo representa una alteración de la vida normal. Dicha alteración afecta a todos los aspectos de

la vida, incluidos el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción de uno mismo. Enfrentarse a ello es la respuesta a esta alteración. Puesto que los procesos que rodean la aparición de la enfermedad tienen lugar en el contexto de la vida, las respuestas de afrontamiento están situadas, de forma inherente, en las interacciones sociológicas con los otros y en los procesos biográficos de uno mismo. El afrontamiento con frecuencia se describe como un compendio de estrategias utilizadas para manejar la alteración, tratar de aislar respuestas específicas a un acontecimiento que se vive con la complejidad del contexto vital, o asignar etiquetas de valor (p. ej., bueno o malo) a los comportamientos de respuesta que se describen colectivamente como afrontamiento del problema. Sin embargo, la compleja interacción entre las alteraciones fisiológicas, las interacciones con los demás y la construcción de las concepciones biográficas de uno mismo justifica una perspectiva más sofisticada del afrontamiento* que aborde estos escollos teóricos al enmarcar este fenómeno en una perspectiva sociológica que haga hincapié en la experiencia de las alteraciones relacionadas con la enfermedad dentro de los contextos cambiantes de los procesos interactivos y sociológicos que, en última instancia, influyen en la respuesta de la persona a dichas alteraciones. Este enfoque teórico define la aportación de esta teoría a la enfermería: el afrontamiento no es un simple fenómeno de estímulo-respuesta que pueda aislarlo del complejo contexto de la vida. La vida se centra en el cuerpo vivo; por tanto, las alteraciones fisiológicas asociadas a la enfermedad impregnan otros contextos vitales para crear una nueva forma de ser, un nuevo sentido de uno mismo. Las respuestas a estas alteraciones producidas por la enfermedad están entrelazadas en varios contextos que se encuentran en la vida de uno y en las interacciones con otros participantes en estas situaciones vitales.

Dentro de este marco sociológico, Wiener y Dodd abordan serias preocupaciones respecto a la sobreatribución conceptual del papel de la incertidumbre para entender las respuestas a la hora de vivir con los trastornos provocados por la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993). Un viejo proverbio dice que nada en la vida es seguro, salvo la muerte y los impuestos. La vida está llena de incertidumbre, de forma que la enfermedad (especialmente la crónica) agrava esa incertidumbre de varias formas. Tener una enfermedad crónica aumenta la incertidumbre de vivir para quienes están afectados (es decir, por la enfermedad) en su capacidad de responder a estas incertidumbres. Por tanto, aunque el concepto de incertidumbre proporciona un

punto de vista teóricamente útil para la comprensión de la trayectoria de la enfermedad, no se puede posicionar teóricamente de forma que ensombrezca conceptualmente el contexto dinámico de la vida con una enfermedad crónica.

En otras palabras, la trayectoria de la enfermedad está impulsada por la experiencia de la enfermedad vivida en contextos que son inherentemente inciertos y que implican tanto a uno mismo como a otros. El flujo dinámico de los contextos de la vida (tanto biográfico como sociológico) crea un flujo dinámico de incertidumbres que toman distintas formas, significados y combinaciones cuando se vive con una enfermedad crónica. Por tanto, la tolerancia de la incertidumbre es una parte teórica crítica en la trayectoria de la teoría de la enfermedad.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La teoría de la trayectoria de la enfermedad se amplió mediante un análisis secundario de los datos cualitativos recogidos durante un estudio longitudinal prospectivo que examinó el afrontamiento y el autocuidado en familias durante 6 meses de tratamiento con quimioterapia. La muestra para el estudio más grande incluyó a 100 pacientes y a sus familias. Todos los pacientes habían sido diagnosticados de cáncer (incluido de mama, de pulmón, colorrectal, ginecológico o linfoma) y estaban en proceso de recibir quimioterapia para el tratamiento inicial de la enfermedad, o por una recidiva. Los sujetos del estudio designaron por lo menos a un miembro de la familia que deseaba participar en el estudio.

Aunque se utilizaron medidas cuantitativas y cualitativas en la recogida de datos para el estudio más amplio, esta teoría se derivó a través del análisis de los datos cualitativos. Las entrevistas se estructuraron alrededor de la lucha de la familia y se llevaron a cabo en tres momentos durante el tratamiento con quimioterapia. Se pidió a los pacientes y a los miembros de su familia que recordaran los meses previos y discutieran el problema o desafío más importante con el que habían tenido que tratar, el grado de desasosiego producido por el problema dentro de la familia y su satisfacción en el control de la preocupación.

Se prestó una atención meticulosa a la coherencia en la recogida de datos: los miembros de la familia fueron constantes y estaban presentes en cada entrevista, la entrevista estaba estructurada por un guion y la misma enfermera-entrevistadora realizó la recogida de datos en cada momento de valoración para una familia determinada. El rigor metodológico aumentó porque se grababa la entrevista, se hacía una transcripción y se tenía un registro de enfermería presente en cada entrevista para anotar frases clave en el progreso de la entrevista. Los datos resultantes consistieron en 300 entrevistas (tres entrevistas por cada 100 unidades paciente-familia) que se consiguieron en varios momentos en el curso del tratamiento quimioterápico del cáncer.

A medida que se analizaban los datos del estudio más amplio, Dodd (investigadora principal) se dio cuenta de que los datos de las entrevistas cualitativas contenían ideas importantes que podían servir de base para el estudio. Wiener, una

*La teoría de la trayectoria de la enfermedad se refiere a las formulaciones teóricas relativas al afrontamiento de la incertidumbre a través de la trayectoria de la enfermedad del cáncer. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se ve mejor como un cambio a lo largo del tiempo que es muy variable en relación con las influencias biográficas y sociológicas. La trayectoria es ese curso de cambio, de variabilidad, que no puede limitarse ni modelarse en fases o etapas lineales. Más bien, la trayectoria de la enfermedad organiza los conocimientos para comprender mejor la interacción dinámica de la interrupción de la enfermedad dentro de los contextos cambiantes de la vida.

teórica fundamentada que había colaborado con Strauss, uno de los fundadores del método, fue reclutada posteriormente para llevar a cabo análisis secundarios de los datos de las entrevistas. Cabe señalar que los métodos de la teoría fundamentada suelen implicar un proceso concurrente y reiterativo de recogida y análisis de datos (Glaser, 1978; Glaser y Strauss, 1965). Cuando se identificaron las percepciones teóricas, las muestras y las fuentes de recogida de datos, consecuentemente se dibujaron y desarrollaron datos teóricos emergentes, conceptos, dimensiones, variaciones y casos negativos. Sin embargo, en este proyecto, los datos se recogieron previamente usando una guía de entrevista estructurada; esto fue un análisis secundario de un grupo de datos ya establecido.

La experiencia de Wiener en los métodos de la teoría fundamentada permitió la adaptación de los métodos de esta teoría para su aplicación a los datos secundarios, que se consideró satisfactoria. En esencia, los principios del análisis subyacente (es decir, paradigma de afrontamiento) se aplicaron al grupo de datos ya existentes. La investigación analítica procedió de forma inductiva para mostrar el centro del proceso sociofisiológico alrededor del que se explica la teoría: tolerancia de la incertidumbre de vivir con cáncer. Las dimensiones de la incertidumbre, los procesos del control y las consecuencias se explicaron mejor para mostrar una coherencia interna de la perspectiva teórica de la trayectoria de la enfermedad.

Al considerar el uso de métodos adaptados de la teoría fundamentada para analizar pruebas empíricas preexistentes, varias ideas apoyan la integridad de este trabajo. En primer lugar, Wiener estaba bien preparada para avanzar en nuevas aplicaciones del método, por su preparación y por su experiencia como experta en la teoría fundamentada. La credibilidad metodológica de esta investigadora apoya la extensión de

su método de investigación tradicional a una nueva aplicación dentro de su perspectiva disciplinaria (sociología). Además, es importante recordar el tamaño de la muestra: 100 pacientes y sus familias fueron entrevistados tres veces cada uno, con un total de 300 entrevistas. Esto es un gran número de datos para una investigación cualitativa. Oberst (1993) señaló que, dado este volumen de datos, es probable que los investigadores permitan algún tipo de muestreo teórico (dentro del conjunto completo de datos). Pero el tamaño absoluto de la muestra no cuenta toda la historia.

El muestreo de pacientes que tenían una variedad relativamente amplia de tipos de cáncer (desde cánceres ginecológicos hasta cáncer de pulmón) y la presencia tanto de pacientes sometidos a quimioterapia como tratamiento inicial como de pacientes que recibían tratamiento para una recidiva contribuyeron significativamente a la variación en el conjunto de datos. Estas estrategias de muestreo contribuyeron finalmente a establecer una muestra apropiada, especialmente para presentar una perspectiva de la trayectoria de cambio a lo largo del tiempo. Por último, a pesar del formato estructurado de la entrevista, es importante señalar que los pacientes y las familias dialogaron sobre los acontecimientos del mes anterior en forma de «tormenta de ideas» (Wiener y Dodd, 1993, p. 18). Esta técnica permitiría a las personas introducir casi cualquier tema que les preocupara (independientemente de la estructura posterior de la entrevista). La grabación y la transcripción de estos diálogos contribuyeron a la variación y la adecuación del grupo de datos resultante. Dadas estas revelaciones, se puede concluir que los datos empíricos durante el estudio más largo proporcionaron unos datos adecuados y apropiados para el análisis secundario usando los métodos adaptados con destreza de la teoría fundamentada.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La vida se sitúa en un contexto biográfico. Las concepciones de uno mismo tienen sus raíces en el cuerpo físico y se formulan de acuerdo con la capacidad percibida para llevar a cabo actividades normales o esperadas para lograr los objetivos de roles variados. Las interacciones con otros tienen una influencia importante en el establecimiento de la concepción de uno mismo. Como se representan distintos papeles de comportamiento, la persona controla las reacciones de otros y el sentido de uno mismo en un proceso integrado de significado establecido. La identidad, la temporalidad y el cuerpo son elementos fundamentales en el contexto biográfico:

- **Identidad:** la concepción de uno mismo en un momento dado que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo.
- **Temporalidad:** tiempo biográfico reflejado en el flujo continuo de los acontecimientos del curso de la vida; percepciones del pasado, del presente y del posible futuro entrelazadas en la concepción de uno mismo.
- **Cuerpo:** actividades de la vida y percepciones derivadas basadas en el cuerpo.

La enfermedad, en particular el cáncer, perturba la concepción habitual o cotidiana de uno mismo y se ve agravada por las acciones y reacciones percibidas de los demás en el contexto sociológico de la vida. La alteración produce una permeabilidad de los elementos interdependientes de la biografía: identidad, temporalidad y cuerpo. La alteración del sentido del desequilibrio está marcada por el sentimiento de pérdida de control, dando lugar a situaciones de incertidumbre.

A medida que los contextos vitales se despliegan continuamente, las dimensiones de la incertidumbre se manifiestan, no como una secuencia lineal de etapas o fases, sino como una inquietante mezcla de percepciones de incertidumbre respecto al cuerpo, incertidumbre temporal e incertidumbre acerca de la identidad. La experiencia de la enfermedad siempre se sitúa en el contexto biográfico —es decir, la enfermedad se experimenta como un flujo continuo de vida—. Los dominios de la incertidumbre relacionados con la enfermedad varían en cuanto a su predominio a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (tabla 30.1) a través de un flujo dinámico de las percepciones de uno mismo y de las interacciones con los demás.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Las actividades de la vida y de la convivencia con una enfermedad son formas de trabajo. La esfera de trabajo incluye a la persona y a las personas con las que interactúa, incluidas la familia y el personal sanitario. Esta red de actores se denomina **organización total**. La persona enferma (o paciente) es el trabajador central; sin embargo, el trabajo se lleva a cabo dentro y está influido por la organización total. Los tipos de trabajo se organizan alrededor de las siguientes cuatro líneas de trayectoria de trabajo llevadas a cabo por el paciente y sus familiares:

1. Trabajo relacionado con la enfermedad: diagnóstico, control de los síntomas, régimen de cuidados y prevención de crisis.
2. Trabajo cotidiano: actividades de la vida diaria, tareas domésticas, mantenimiento de una ocupación, mantenimiento de las relaciones y ocio.
3. Trabajo biográfico: intercambio de información, expresiones emocionales y división de tareas a través de las interacciones dentro de la organización total.
4. Trabajo de reducción de la incertidumbre: actividades encaminadas a disminuir el impacto de la incertidumbre temporal, del cuerpo y de la identidad.

El equilibrio de estos tipos de trabajo responde dinámicamente, fluctuando a lo largo del tiempo, las situaciones, las

percepciones y los diversos actores de la organización total para conseguir una cierta sensación de equilibrio (es decir, de control). Esta interrelación entre los tipos de trabajo crea una tensión que está marcada por los cambios en el dominio de los tipos de trabajo a lo largo de la trayectoria. Es necesario recordar, no obstante, que el contexto biográfico tiene sus raíces en el cuerpo. Conforme el cuerpo cambia a lo largo del curso de la enfermedad y el tratamiento, la capacidad de llevar a cabo determinados tipos de trabajo y, finalmente, la propia identidad se transforman.

Una de las principales contribuciones de este trabajo fue la delimitación de los tipos de trabajos de reducción de la incertidumbre (tabla 30.2). Estas actividades se llevaron a cabo para atenuar el efecto de los distintos estados de incertidumbre inducidos por la quimioterapia. Estas estrategias eran muy dinámicas, y las respuestas se generaban en combinaciones variadas y en configuraciones a lo largo de la trayectoria de la enfermedad para los diferentes participantes en la organización. Lo representado en estas estrategias afectaba a la concepción de uno mismo y a la monitorización de las respuestas de otros ante la estrategia de cómo intentar manejar la vida con la enfermedad.

TABLA 30.1 Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre

Dominio	Fuentes de incertidumbre	Dimensiones de la incertidumbre
INCERTIDUMBRE TEMPORAL Interrupción de las expectativas que dan por supuesto el flujo de los acontecimientos de la vida. Disfunción temporal en la biografía	La vida se percibe como en un constante estado de flujo relacionado con la enfermedad y con el tratamiento El propio pasado se ve de forma diferente (p. ej., como era antes) Las expectativas del yo actual están distorsionadas por la enfermedad y el tratamiento La anticipación del propio futuro se ve alterada	La pérdida de predicción temporal conlleva las siguientes preocupaciones: • <i>Duración</i>: cuánto tiempo • <i>Ritmo</i>: con qué rapidez • <i>Frecuencia</i>: con qué frecuencia se distorsiona la experiencia del tiempo (es decir, se alarga, se restringe o no tiene límites)
INCERTIDUMBRE DEL CUERPO Cambios relacionados con la enfermedad y el tratamiento que se centran en la capacidad de la persona para realizar las actividades habituales relacionadas con el aspecto, las funciones fisiológicas y la respuesta al tratamiento	La confianza en el cuerpo se ve amenazada (fracaso del cuerpo) La concepción del cuerpo anterior (la forma en que solía ser) se une al estado alterado del cuerpo en el presente y al cambio de las expectativas de cómo responderá el cuerpo en el futuro	Ambigüedad en la lectura de los signos del cuerpo. Preocupa lo siguiente: • Lo que se hace al cuerpo • Resistencia corporal comprometida • Eficacia y riesgos del tratamiento • Reparación de la enfermedad
INCERTIDUMBRE DE IDENTIDAD La interpretación de uno mismo se distorsiona cuando el cuerpo no funciona de la manera habitual, y las expectativas relacionadas con el flujo de los acontecimientos (temporalidad) se ven alteradas por la enfermedad y el tratamiento	El fracaso del cuerpo y la dificultad para leer el nuevo cuerpo trastornan la antigua concepción de uno mismo La temporalidad sesgada altera el curso esperado de la vida	Se altera el curso esperado de la vida Las evidencias extraídas de la lectura del cuerpo no son interpretables dentro del marco habitual de la comprensión La esperanza se mantiene a pesar de las circunstancias cambiantes

TABLA 30.2 Trabajo de mitigación de la incertidumbre	
Tipo de actividad	Manifestaciones del comportamiento
Ritmo	Descansar o cambiar las actividades habituales
Convertirse en pacientes «profesionales»	Usar terminología relacionada con la enfermedad y con el tratamiento Dirigir los cuidados Equilibrar la experiencia con la supermedicalización
Búsqueda de comparaciones de refuerzo	Compararse uno mismo con otras personas que están en una situación peor, para reafirmarse en que no es tan malo como podría ser
Implicarse en revisiones	Volver la vista atrás para reinterpretar los síntomas emergentes y las interacciones con otros en la organización
Buscar objetivos	Mirar hacia el futuro para lograr las actividades deseadas
Cobertura	Enmascarar los signos de la enfermedad o las emociones relacionadas Darse ánimos para evitar los estigmas o proteger a los otros
Encontrar un sitio seguro en el que confiar	Establecer un lugar donde, o gente con la que, expresar los verdaderos sentimientos y emociones en una atmósfera de apoyo
Elegir una red de apoyo	Compartir selectivamente con algunas personas que se consideran apoyos positivos
Tomar las riendas	Reivindicar el derecho a determinar el curso del tratamiento

PRINCIPALES PREMISAS

La *persona* es el centro de esta teoría de nivel medio. Las teorías de nivel medio abordan uno o más de los conceptos paradigmáticos (enfermería, persona, salud y entorno), y por tanto algunos de ellos no se consideran explícitamente. Sin embargo, la siguiente exposición de las premisas teóricas arroja cierta luz sobre una interpretación teórica de estos conceptos. La teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd explica las principales premisas que reflejan su derivación dentro de una perspectiva sociológica (Wiener y Dodd, 1993). Un examen más detallado de cada supuesto revela varias premisas básicas relacionadas que sustentan la teoría.

La teoría de la trayectoria de la enfermedad abarca no solo los componentes físicos de la enfermedad, sino también la «organización total del trabajo realizado a lo largo de la evolución de la enfermedad» (Wiener y Dodd, 1993, p. 20). Una trayectoria de la enfermedad es teóricamente distinta del curso de la enfermedad. En esta teoría, la trayectoria de la enfermedad no se limita a la persona que sufre la enfermedad. Más bien, la organización total está formada por la persona enferma, la familia y los profesionales sanitarios que la atienden.

Además, el uso del término *trabajo* es importante: «Los diversos participantes de la organización tienen diferentes tipos de trabajo; sin embargo, el paciente es el "trabajador central" en la trayectoria de la enfermedad» (Wiener y Dodd, 1993, p. 20). Esta afirmación refuerza una afirmación anterior encontrada en la literatura sobre la trayectoria de la enfermedad (Fagerhaugh et al., 1987; Strauss et al., 1984). El trabajo de vivir con una enfermedad da lugar a determinadas consecuencias que impregnan la vida de las personas implicadas. A su vez, las consecuencias y las consecuencias recíprocas se extienden por la organización, implicando a toda la organización con el trabajador central (es decir, el paciente) a través de la trayectoria de su vida con la enfermedad. La relación entre los trabajadores de la trayectoria es un atributo que «afecta tanto a la gestión de esa evolución de la enfermedad como al destino de la persona enferma» (Wiener y Dodd, 1993, p. 20).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El contexto para el trabajo y las relaciones sociales que afectan al trabajo de vivir con la enfermedad en la teoría de la trayectoria de la enfermedad se basa en el trabajo original de Corbin y Strauss (1988). Como trabajador central, las acciones son llevadas a cabo por la persona que controla el efecto de vivir con la enfermedad dentro de un abanico de contextos, incluido el biográfico (concepción de uno mismo) y el sociológico (interacciones con los demás). Desde esta perspectiva, el control de las alteraciones (o el enfrentarse con la incertidumbre) implica interacciones del paciente con varios participantes en la organización, así como unas condiciones sociológicas externas. Dada la complejidad de dichas interacciones a lo largo de múltiples contextos y con numerosos participantes a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, el afrontamiento es un proceso muy variable y dinámico.

En un principio, se preveía que la trayectoria de la vida con cáncer tenía fases o etapas discernibles que podían identificarse por cambios importantes en los problemas, retos y actividades descritos. Esto fue la base para la recogida de datos cualitativos en tres puntos durante el tratamiento con quimioterapia. De hecho, la hipótesis se rechazó; el estado físico del paciente con cáncer y las consecuencias sociopsicológicas de la enfermedad y del tratamiento fueron los temas centrales en todos los momentos de medición a lo largo de la trayectoria.

Los autores equiparan conceptualmente la incertidumbre con la pérdida de control, descrita como «la faceta más

problemática de vivir con cáncer» (Wiener y Dodd, 1993, p. 18). Esta afirmación teórica se refleja, además, en la identificación del centro del proceso sociopsicológico de la vida con cáncer, «tolerando la incertidumbre que impregna la enfermedad» (p. 19). Los factores que influían en el grado de incertidumbre expresada por el paciente y por su familia se basaban en el marco teórico de toda la organización y de las condiciones sociológicas externas, incluyendo la naturaleza del apoyo familiar, los recursos económicos y la calidad de la asistencia de los proveedores sanitarios.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

El planteamiento lógico primario fue la teoría fundamentada y el razonamiento inductivo. La lectura analítica de las entrevistas proporcionó una comprensión más profunda que condujo a la interpretación del proceso central que unifica los enunciados teóricos: tolerar la incertidumbre. Se aplicaron procesos sistemáticos de codificación para definir las dimensiones de la incertidumbre y se utilizaron procesos de administración para abordar la enfermedad. A continuación, se examinaron los hallazgos para ajustarlos dentro de los escritos teóricos existentes con el fin de extender la comprensión de la trayectoria de la enfermedad. La teoría resultante obtenida cualitativamente se basaba en las experiencias referidas de los participantes y se integró con las trayectorias del conocimiento de la enfermedad para hacer avanzar la ciencia.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La teoría de la trayectoria de la enfermedad proporciona un marco para que las enfermeras entiendan cómo los pacientes con cáncer toleran la incertidumbre manifestada como pérdida de control. La identificación de los tipos de incertidumbre es especialmente útil porque revela las estrategias que emplean comúnmente los pacientes de oncología en su intento por seguir adelante con su vida lo más normalmente posible tras la incertidumbre creada por un diagnóstico de cáncer. El conocimiento de los temas de incertidumbre y de las estrategias de gestión relacionadas a las que se enfrentan los pacientes sometidos a quimioterapia ante la supervivencia y sus familiares tiene un efecto significativo en la forma en que las enfermeras intervienen posteriormente con estos sistemas de pacientes afectados que están gestionando el trabajo de su enfermedad para «facilitar una trayectoria menos problemática para algunos pacientes y sus familias» (Wiener y Dodd, 1993, p. 29). Un ejemplo es el de Schlairet et al. (2010), que examinaron las necesidades de los supervivientes de cáncer que recibían cuidados en un centro comunitario oncológico utilizando la teoría de la trayectoria de la enfermedad como marco. Concluyeron que los profesionales de enfermería deben ser

conscientes de las necesidades específicas de los supervivientes de cáncer, de manera que sea posible desarrollar intervenciones para satisfacer sus necesidades (Schlairet et al., 2010).

Formación

Wiener y Dodd son educadoras muy respetadas que compartieron su trabajo continuo a través de conferencias internacionales, seminarios, consultas, asesoramiento en tesis y organización de cursos. La incorporación de este trabajo en estas presentaciones no solo hace avanzar el conocimiento relacionado con la utilidad de los modelos de la trayectoria de la enfermedad, sino que también, y quizás más importante, demuestra cómo el avance teórico basado en datos contribuye a un programa de investigación en evolución en el cuidado del cáncer (Dodd, 1997, 2001). La inclusión de la teoría en los textos de enfermería sobre investigación y teoría expone a los investigadores en el trabajo y en la práctica enfermera (Wiener y Dodd, 2000).

Investigación

La teoría se ha citado en un número limitado de análisis de conceptos o publicaciones de vanguardia que abordan la incertidumbre (McCormick, 2002; Mishel, 1997; Parry, 2003; Penrod, 2007). Mishel (1997) elogió el amplio enfoque teórico mantenido a través del abordaje cualitativo para la derivación de la teoría. Gran parte de los trabajos sobre el afrontamiento de la enfermedad están limitados por la aplicación del marco de Lazarus y Folkman (1984) de afrontamiento basado en los problemas o en las emociones; sin embargo, en este estudio, el razonamiento inductivo produjo una teoría basada en datos que identifica una amplia gama de estrategias relacionadas con la tolerancia y la disminución de la incertidumbre (Mishel, 1997). La variación y el grupo de las estrategias de disminución identificadas en esta teoría son contribuciones únicas y significativas para el corpus de investigación en lo que respecta a hacer frente a la incertidumbre de la enfermedad. El trabajo se ha atribuido para definir la trayectoria (Bond, 2015; Brittain, 2016; Christensen, 2015; Minton, 2017; Park, 2018), mientras que Christensen (2015) utiliza además la teoría para especificar los objetivos de gestión a lo largo de la trayectoria del cambio de salud.

EVOLUCIÓN

En un artículo inicial de respuesta a la publicación original, Oberst (1993) discrepó de la delimitación del concepto de incertidumbre a la pérdida de control. Esta crítica fue secundada por McCormick (2002), quien teóricamente situó la pérdida de control en el ciclo de la incertidumbre y no como una manifestación de un estado de incertidumbre. En su trabajo sobre los cuidados al final de la vida, McGhan et al. (2013) y Penrod et al. (Penrod et al., 2011; Penrod, Baney, et al., 2012; Penrod, Hupcey, et al., 2012) han postulado que es deseable minimizar la incertidumbre aumentando la confianza y el control de los pacientes y sus cuidadores familiares durante la transición a través de la trayectoria del final de la vida. Es necesario realizar más investigaciones en el concepto de control

para aclarar las fronteras conceptuales y los vínculos con la incertidumbre a lo largo de la trayectoria de la enfermedad.

Otros investigadores han criticado la afirmación implícita de que la incertidumbre (o la pérdida de control) es siempre un acontecimiento negativo que requiere alguna forma de mitigación (Oberst, 1993; Parry, 2003). Oberst (1993) sugirió la necesidad de seguir investigando para diferenciar el trabajo relacionado con la tolerancia a la incertidumbre del trabajo de mitigación para revelar cómo las estrategias eficaces en cada tipo de trabajo afectan a la sensación de incertidumbre a lo largo de la trayectoria. Parry (2003) estudió a los supervivientes de cáncer infantil y reveló que, aunque los estados de incertidumbre pueden ser un factor estresante problemático para algunos, en estos supervivientes era evidente un tema más universal de aceptación de la incertidumbre hacia el crecimiento transformacional.

Penrod (2007) aclaró el concepto de incertidumbre con una investigación fenomenológica que hizo avanzar el concepto de incertidumbre e identificó diferentes tipos. La experiencia de vivir con incertidumbre era de naturaleza dinámica, con cambios en los tipos y modos de incertidumbre, y los distintos tipos de incertidumbre estaban guiados por los principios primarios de confianza y sensación de control.

Estas perspectivas demuestran un corpus de investigación en evolución relacionado con la incertidumbre, el control y la trayectoria de la enfermedad. En lugar de asumir que la incertidumbre es un aspecto negativo de la vida, los investigadores deben mantenerse abiertos a todos los resultados transformacionales de vivir con la incertidumbre. La recomendación original de Wiener y Dodd sigue siendo aplicable: ampliar el alcance del marco de la trayectoria de la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993). El marco teórico de la trayectoria de la enfermedad es útil especialmente para comprender las variaciones en la incertidumbre y el control y para obtener una perspectiva más completa de la experiencia humana con el cáncer y otras dolencias en las que la importancia de la incertidumbre y el control puede cambiar. El concepto de resiliencia (es decir, creerse ante la adversidad) parece un área de investigación importante para aumentar los conocimientos sobre la transformación positiva en trayectorias amenazadas por la incertidumbre.

CRÍTICA

Claridad

Una preocupación acerca de la claridad de la teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd es la delimitación del concepto de incertidumbre a la pérdida de control. Esta perspectiva conceptual limitada de la incertidumbre se explica claramente en el trabajo; por tanto, este tema no crea un defecto significativo en el trabajo. La teoría está claramente dibujada, así como sustentada sobre trabajos previos en las trayectorias de la enfermedad. La claridad de las proposiciones se logra a través de la presentación lógica en las relaciones y en los vínculos entre los conceptos. La derivación conceptual

en el control de la enfermedad como trabajo está bien desarrollada, y proporciona unas interpretaciones únicas del significado de vivir con quimioterapia durante el tratamiento del cáncer. La aplicación del modelo de trayectoria se usa de forma consistente para demostrar las fluctuaciones dinámicas del afrontamiento, no en los estadios o fases claramente delimitadas, sino en contextos específicos de situaciones del trabajo en el control de la enfermedad.

Sencillez

Esta compleja teoría se interpreta de forma muy accesible. La teoría de la trayectoria de la enfermedad adopta un marco sociológico que se aplica al fenómeno que concierne a la enfermería: el tratamiento quimioterápico de los pacientes con cáncer y sus familias. El sentido de la comprensión impartido por la teoría es muy relevante para la práctica de la enfermería oncológica. La teoría presenta una interpretación elocuente y parsimoniosa de la complejidad del trabajo con el cáncer mediante la utilización de conceptos clave con definición adecuada; sin embargo, sería muy provechosa la revisión de los estudios anteriores publicados para comprender plenamente los enunciados teóricos.

Generalidad

Las autoras han limitado el alcance de esta teoría a los pacientes y familias que avanzan a lo largo de la quimioterapia para el tratamiento inicial o la recidiva del cáncer. La teoría de la trayectoria de la enfermedad está bien definida en este contexto. La integración de esta teoría de nivel medio con otros trabajos de trayectorias de la enfermedad y con la teoría de la incertidumbre indica que existe un encaje emergente con otros modelos de trayectorias de la enfermedad y de la incertidumbre. Un mayor desarrollo del trabajo de construcción de la teoría puede originar un ámbito más extenso que podría permitir la aplicación de estas propuestas teóricas en otros contextos de las trayectorias de la enfermedad.

Accesibilidad

Los métodos de la teoría fundamentada se basan en el predominio del razonamiento inductivo, es decir, en la extracción de abstracciones o generalidades a partir de situaciones concretas. Por ello, la teoría derivada tiene sus raíces en experiencias expresadas en cientos de entrevistas con pacientes con cáncer y con sus familias. La integración de la evidencia basada en datos (p. ej., citas) en la descripción formal de la teoría apoya los vínculos entre las abstracciones teóricas y las observaciones empíricas. Los datos empíricos se presentan de una forma lógica y coherente que hace verdaderas las experiencias clínicas. Por ello, la teoría es útil para los clínicos y promete una mayor aplicación en investigación.

Importancia

Se ha constatado la importancia de las aportaciones teóricas de este trabajo, especialmente los tipos de trabajo y las estrategias de mitigación de la incertidumbre durante la quimio-

terapia. La utilidad de la teoría es evidente en el tratamiento del cáncer, y el desarrollo teórico adicional promete poder generalizarse a otros contextos dentro de los cuidados del cáncer y otras trayectorias de enfermedad.

Además, la evidencia limitada de consecuencias derivadas directamente relacionadas con la aplicación de la teoría de la trayectoria de la enfermedad en estudios basados en la práctica en enfermería sigue siendo problemática. La

aplicabilidad de esta teoría a fenómenos concernientes a la enfermería se ha establecido porque se han centrado en la quimioterapia contra el cáncer. Por lo tanto, la utilidad potencial para guiar la práctica de enfermería queda demostrada por la integración de la teoría en el programa ejemplar de investigación de Dodd sobre los cuidados del cáncer (Dodd, 2001, 2004; Dodd y Miaskowski, 2000; Jansen et al., 2007; Miaskowski et al., 2004).

RESUMEN

La teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd es a la vez compleja y elocuentemente sencilla. La perspectiva sociológica de definir el trabajo de controlar la enfermedad es especialmente relevante para el contexto del cuidado del cáncer. La teoría proporciona nuevos conocimientos sobre cómo los pacientes y sus familias toleran la incertidumbre y trabajan estratégicamente para disminuirla a través de un flujo dinámico

de los acontecimientos de la enfermedad, las situaciones del tratamiento y los diversos participantes implicados en la organización de los cuidados. La teoría es pragmática e importante para la enfermería. Este trabajo ha merecido la atención y el empleo de la teoría para las aplicaciones prácticas que informan a los profesionales de enfermería cuando interpretan y facilitan los cuidados durante la enfermedad.

CASO CLÍNICO

El señor Miller es un hombre de 67 años que padece un cáncer metastásico. Su primera cuidadora es la señora Miller, su esposa. Al inicio del tratamiento en el hospital de día, la pareja centró sus preguntas en el curso de la enfermedad, las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de las distintas opciones de tratamiento. Estaban orgullosos de su capacidad de mantener una «vida normal», dado que el señor Miller continuó trabajando durante el agresivo tratamiento, descansando solo cuando las molestias eran tan debilitantes que le era físicamente imposible ir a la oficina. El señor y la señora Miller expresaron pocas emociones a lo largo del curso del tratamiento; con frecuencia alababan ambos la fuerza y fortaleza del otro. Durante visitas recientes, la señora Miller se ha centrado considerablemente en las pruebas de laboratorio y en los resultados de las pruebas, usando un lenguaje muy técnico. También se ha vuelto inflexible sobre cómo ciertos miembros del personal hacen determinadas tareas porque «ella lo hace mejor que nadie».

La teoría de la trayectoria de la enfermedad ayuda al clínico a interpretar estas conductas y a intervenir para facilitar las transiciones a través de esta trayectoria. Por ejemplo, los clínicos pueden identificarse fácilmente con los pacientes y las familias que se han convertido en «pacientes profesionales» cuando aprenden a utilizar una compleja jerga técnica sobre su tratamiento, los valores de laboratorio o la enfermedad (Wiener y Dodd, 1993, p. 988). Los cuidadores tienen tendencia a ver su comportamiento como un hecho positivo al asumir los propios cuidados y, por tanto, a menudo refuerzan dichos comportamientos.

Una consideración más profunda de las afirmaciones teóricas de la teoría de la trayectoria de la enfermedad

revela que estas estrategias de comportamiento están encaminadas a tolerar la incertidumbre de la experiencia de la enfermedad. La confianza construida mediante estos comportamientos socialmente reforzados se puede convertir en culpa muy rápidamente cuando se complican las situaciones que van más allá del conocimiento de la familia o del paciente. Ante esta perspectiva, se hace evidente la limitación de esta estrategia de gestión y está indicada la intervención: para que los pacientes y las familias gestionen los cuidados de forma eficaz, deben recibir educación proactiva (Dodd, 1997, 2001).

En la educación proactiva del sistema paciente-familia, hay que tener en cuenta los diversos ámbitos de la incertidumbre y las diversas formas de trabajo para mitigarla. Para comprender la trayectoria del paciente-familia, la valoración de los datos es fundamental. Por ejemplo, aunque se dispone de protocolos bien desarrollados para el control y la forma de paliar los síntomas, dichos protocolos son inútiles para los pacientes y los cuidadores si no describen la extensión de los síntomas, porque se perciben como «molestos» y triviales en el marco de una enfermedad de riesgo vital. Agravando este tema, las enfermeras pueden caer en un patrón que se centre en el trabajo relacionado con la enfermedad, alejando por tanto su atención de otras formas de trabajo con estos pacientes y con sus familias. La comprensión de los distintos dominios de la incertidumbre y de las formas de trabajo para disminuir la incertidumbre facilita un diálogo más abierto en lo que respecta a áreas fundamentales de interés, permitiendo a la enfermera animar al paciente y a su cuidador para compartir más sus experiencias y para ayudarles en estos momentos difíciles.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿En qué se diferencia una trayectoria de enfermedad de la evolución o curso de la enfermedad? Alinee la trayectoria de la enfermedad con su visión de la enfermería. ¿Cuáles son las diferencias?
2. Teniendo en cuenta sus experiencias clínicas, identifique ejemplos de cómo los pacientes y sus familias han experimentado la incertidumbre relacionada con la salud. ¿La incertidumbre parece estar relacionada con la pérdida de control?
3. Como clínico experto, usted está estrechamente implicado en el tratamiento de la enfermedad de una persona.

Según la teoría de la trayectoria de la enfermedad, ¿qué comportamientos de enfermería exacerban los sentimientos de pérdida de control o de incertidumbre del paciente?

4. ¿Qué factores personales, ambientales u organizativos pueden haber contribuido a las conductas de enfermería observadas en la pregunta 3? ¿Qué intervenciones de enfermería crean una trayectoria menos problemática para los pacientes y sus familias en esas situaciones?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Dodd, M. J. (2001). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families* (4th ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). The PRO-SELF program: A self-care intervention program for patients receiving cancer treatment. *Seminars in Oncology*, 16(4), 300–308.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C. A., Dodd, M. J., & Dowling, G. A. (2007). A meta-analysis of the sensitivity of various

neuropsychological tests used to detect chemotherapy-induced cognitive impairment in patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 997–1005.

- West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., et al. (2003). The PRO-SELF: Pain control program—An effective approach for cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 30, 65–73.

BIBLIOGRAFÍA

- Bond, K. (2015). *Living with genital pain: Women's experience of treatment seeking* [Doctoral dissertation, University of Sydney, Australia]. https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/13524/2015_Kathy_Bond_cp.pdf?sequence=1.
- Brittain, K. (2016). *Self-directed learning and the lupus patient: Using adult education strategies to actively cope with chronic illness* [Doctoral dissertation, Florida Atlantic University]. <http://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A33743>.
- Christensen, D. (2015). The health change trajectory model: An integrated model of health change. *Advanced Nursing Science*, 38(1), 55–67.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dodd, M. J. (1978). *Oncology nursing case studies*. New York: Medical Publication Co.
- Dodd, M. J. (1987). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and nurses*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Dodd, M. J. (1988). In , *Monograph of the advanced research session at the 13th Annual Oncology Nursing Society's Congress*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Dodd, M. J. (1991). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation: A guide for patients and their families* (2nd ed.). Englewood, NJ: Prentice-Hall.
- Dodd, M. J. (1997). *Managing the side effects of chemotherapy and radiation therapy: A guide for patients and their families* (3rd ed.). San Francisco: UCSF School of Nursing.

Dodd, M. (2004). The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. *Oncology Nursing Forum*, 31(4 Suppl), 5–11.

Fagerhaugh, S., Strauss, A., Suczek, B., & Wiener, C. (1987). *Hazards in hospital care: Ensuring patient safety*. San Francisco: Jossey-Bass.

Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B., & Strauss, A. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 127–131.

McGhan, G., Loeb, S. J., Baney, B., & Penrod, J. (2013). End-of-life caregiving: Challenges, faced by older adult women. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(6), 45–54.

Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 17–21.

Minton, C. (2017). *A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Patient and family perspectives* [Doctoral dissertation, Massey University, Palmerston North, New Zealand]. <https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/12978>.

Mishel, M. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57–80.

Oberst, M. T. (1993). Response to “Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective.” *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal*, 7(1), 33–35.

- Park, S. (2018). *Health-related quality of life trajectories among older adults with diabetes mellitus: Mixed methods research* [Doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul, South Korea]. <https://ir.ymlib.yonsei.ac.kr/handle/22282913/166304>.
- Parry, C. (2003). Embracing uncertainty: An exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research*, 13(1), 227–246.
- Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 658–667.
- Penrod, J., Baney, B., Loeb, S. J., McGhan, G., & Shipley, P. Z. (2012). The influence of the culture of care on informal caregivers' experiences. *Advances in Nursing Science*, 35(1), 64–76.
- Penrod, J., Hupcey, J. E., Baney, B. L., & Loeb, S. J. (2011). End-of-life trajectories. *Clinical Nursing Research*, 20(1), 7–24.
- Penrod, J., Hupcey, J. E., Shipley, P. Z., Loeb, S. J., & Baney, B. (2012). A model of caregiving through the end-of-life: Seeking normal. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 174–192.
- Schlairet, M., Heddon, M. A., & Griffis, M. (2010). Piloting a needs assessment to guide development of a survivorship program for a community cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 501–508.
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B. G., Maines, D., Suczek, B., et al. (1984). *Chronic illness and the quality of life*. St Louis, MO: Mosby.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Wiener, C. (1981). *The politics of alcoholism: Building an arena around a social problem*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Wiener, C. (2000). *The elusive quest: Accountability in hospitals*. New York: Aldine deGruyter.
- Wiener, C., & Strauss, A. (1997). *Where medicine fails* (5th ed.). New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Wiener, C., & Wysmans, W. M. (1990). *Grounded theory in medical research: From theory to practice*. Amsterdam: Sivets and Zeitlinger.
- Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (1993). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal*, 7(1), 17–31.
- Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (2000). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. In R. Hyman, & J. Corbin (Eds.), *Chronic illness: Research and theory for nursing practice* (pp. 180–201). New York: Springer.
- B. Given, C. Given, & V. Champion (Eds.), *Evidence-based behavioral interventions for cancer patients: State of the knowledge across the cancer care trajectory* (pp. 218–241). New York: Springer.

Artículos de revistas

- Baggott, C., Beale, I. L., Dodd, M. J., & Kato, P. M. (2004). A survey of self-care and dependent-care advice given by pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology*, 21(4), 214–222.
- Chen, L., Miaskowski, C., Dodd, M., & Pantilat, S. (2008). Concepts within the Chinese culture that influence the cancer pain experience. *Cancer Nursing*, 31(2), 103–108.
- Cho, M. H., Dodd, M. J., Lee, K. A., Padilla, G., & Slaughter, R. (2006). Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. *Journal of Cancer Education*, 21(1 Suppl), S37–S41.
- Chou, F., Dodd, M., Abrams, D., & Padilla, G. (2007). Symptoms, self-care, and quality of life of Chinese American patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(6), 1162–1167.
- Dodd, M. (2000). Cancer-related fatigue. *Cancer Investigation*, 18(1), 97.
- Dodd, M. J. (2002). Defining clinically meaningful outcomes in the evaluation of new treatments for oral mucositis: A commentary. *Cancer Investigation*, 20(5–6), 851–852.
- Dodd, M. J., Cho, M. H., Cooper, B., Miaskowski, C., Lee, K. A., & Bank, K. (2005). Advancing our knowledge of symptoms clusters. *Journal of Supportive Oncology*, 3(6 Suppl 4), 30–31.
- Dodd, M. J., Dibble, S., Miaskowski, C., Paul, S., Cho, M., MacPhail, L., et al. (2001). A comparison of the affective state and quality of life of chemotherapy patients who do and do not develop chemotherapy-induced oral mucositis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6), 498–505.
- Dodd, M. J., Dibble, S. L., Miaskowski, C., MacPhail, L., Greenspan, D., Paul, S. M., et al. (2000). Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. *Journal of Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 90(1), 39–47.
- Dodd, M. J., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., Dibble, S. L., Paul, S. M., MacPhail, L., Greenspan, D., et al. (2000). Factors influencing oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Cancer Practice*, 8(6), 291–297.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., Greenspan, D., MacPhail, L., Shih, A.-S., Shiba, G., et al. (2003). Radiation-induced mucositis: A randomized clinical trial of micronized sucralfate versus salt & soda mouthwashes. *Cancer Investigation*, 21(1), 21–33.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 76–78.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465–470.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Dodd, M. J. (1999). Self-care and patient/family teaching. In S. L. Groenwald, M. H. Frogge, M. Goodman, & C. H. Yarbrow (Eds.), *Cancer symptom management* (2nd ed., pp. 20–29). Wilsonville, OR: Jones & Bartlett.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2003). Symptom management, the PRO-SELF Program: A self-care intervention program. In

- Dodd, M. J., Miaskowski, C., Shiba, G. H., Dibble, S. L., Greenspan, D., MacPhail, L., et al. (1999). Risk factors for chemotherapy-induced oral mucositis: Dental appliances, oral hygiene, previous oral lesions, and history of smoking. *Cancer Investigation*, 17(4), 278–284.
- Edrington, J., Miaskowski, C., Dodd, M., Wong, C., & Padilla, G. (2007). A review of the literature on the pain experience of Chinese patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(5), 335–346.
- Edrington, J. M., Paul, S., Dodd, M., West, C., Facione, N., Tripathy, D., et al. (2004). No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 225–232.
- Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (2002). The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: New thoughts for early detection. *Preventative Medicine*, 34(4), 397–407.
- Fletcher, B. S., Dodd, M. J., Schumacher, K. L., & Miaskowski, C. (2008). Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), E23–E44.
- Fletcher, B. S., Paul, S. M., Dodd, M. J., Schumacher, K., West, C., Cooper, B., et al. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(4), 599–605.
- Hilton, J. F., MacPhil, L. A., Pascasio, L., Sroussi, H. Y., Cheikh, B., LaBao, M. E., et al. (2004). Self-care intervention to reduce oral candidiasis recurrence in HIV-seropositive persons: A pilot-study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(3), 190–200.
- Hinds, P. S., Baggott, C., DeSwarte-Wallace, J., Dodd, M. J., Haase, J., Hockenberry, M., et al. (2003). Functional integration of nursing research into a pediatric oncology cooperative group: Finding common ground. *Oncology Nursing Forum*, 30(6), E121–E126.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M., & Dowling, G. (2005). Chemotherapy-induced cognitive impairment in women with breast cancer: A critique of the literature. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 329–342.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M., Dowling, G., & Kramer, J. (2005). A meta-analysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive functioning. *Cancer*, 104(10), 2222–2233.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M., Dowling, G., & Kramer, J. (2005). Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1151–1163.
- Katapodi, M. C., Facione, N. C., Humphreys, J. C., & Dodd, M. J. (2005). Perceived breast cancer risk: Heuristic reasoning and search for a dominance structure. *Social Science and Medicine*, 60(2), 421–432.
- Katapodi, M. C., Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Waters, C. (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology Nursing Forum*, 29(5), 845–852.
- Katapodi, M. C., Lee, K. A., Facione, N. C., & Dodd, M. J. (2004). Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived breast cancer screening: A meta-analytic review. *Preventative Medicine*, 38(4), 388–402.
- Kim, J. E., Dodd, M., West, C., Paul, S., Facione, N., Schumacher, K., et al. (2004). The PRO-SELF pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1137–1143.
- Krasnoff, J. B., Vintro, A. Q., Ascher, N. L., Bass, N. M., Dodd, M. J., & Painter, P. L. (2005). Objective measures of health-related quality of life over 24 month post-liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 19(1), 1–9.
- Krasnoff, J. B., Vintro, A. Q., Ascher, N. L., Bass, N. M., Paul, S. M., Dodd, M. J., et al. (2006). A randomized trial of exercise and dietary counseling after liver transplantation. *American Journal of Transplantation*, 6, 1896–1905.
- Kris, A. E., & Dodd, M. J. (2004). Symptom experience of adult hospitalized medical-surgical patients. *Journal of Symptom Management*, 28(5), 451–459.
- Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C., & Dodd, M. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 8(3), 199–212.
- McLemore, M. R., Miaskowski, C., Aouizerat, B. E., Chen, L. E., & Dodd, M. (2008). Rules of cell development and their application to biomarkers for ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), 403–409.
- Miaskowski, C., Cooper, B. A., Paul, S. M., Dodd, M., Lee, K., Aouizerat, B. E., et al. (2006). Subgroups of patients with cancer with different symptoms experiences and quality-of-life outcomes: A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum*, 33(5), E79–E89.
- Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 17–21.
- Miaskowski, C., Dodd, M., West, C., Schumacher, K., Paul, S. M., Tripathy, D., et al. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 22(90), 1713–1720.
- Miaskowski, C., Dodd, M., West, C., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., et al. (2007). The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management. *Pain*, 129, 55–63.
- Miaskowski, C., Mack, K. A., Dodd, M., West, C., Paul, S. M., Tripathy, D., et al. (2002). Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around-the-clock dosing of analgesics to achieve adequate pain control. *The Journal of Pain*, 3(1), 12–20.
- Molfenter, T., Zetts, C., Dodd, M., Owens, B., Ford, J., & Mccarty, D. (2005). Reducing errors of omission in chronic disease management. *Journal of Interprofessional Care*, 19(5), 521–523.
- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., et al. (2002). The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Oncology Nursing Forum*, 29(9), 1304–1313.
- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., et al. (2005). Qualitative research contribution to a randomized clinical trial. *Research in Nursing & Health*, 28, 268–280.

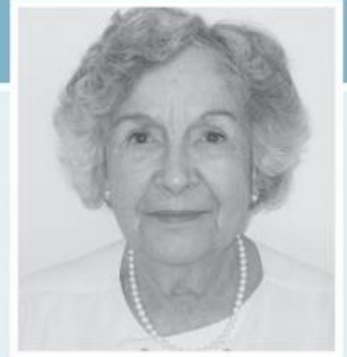
- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wais, E., et al. (2002). Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 369–382.
- Schumacher, K. L., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Schumacher, K. L., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., et al. (2002). Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nursing*, 25(2), 125–133.
- Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Stotts, N. A., & MacPhil, L. (2002). A research review of the current treatments for radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(7), 1063–1080.
- Shih, A., Miaskowski, C., Dodd, M. J., Stotts, N. A., & MacPhil, L. (2003). Mechanisms for radiation-induced oral mucositis and the consequences. *Cancer Nursing*, 26(3), 222–229.
- Tierney, D. K., Facione, N., Padilla, G., & Dodd, M. (2007). Response shift: A theoretical exploration of quality of life following a hematopoietic cell transplantation. *Cancer Nursing*, 30(2), 125–138.
- Villars, P., Dodd, M., West, C., Koetters, T., Paul, S. M., Schumacher, K., et al. (2007). Differences in the prevalence and severity of side effects based on type of analgesic prescriptions in patients with chronic cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(1), 67–77.
- Voss, J. G., Dodd, M., Portillo, C., & Holzemer, W. (2006). Theories of fatigue: Application in HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(1), 37–50.
- Voss, J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., & Dodd, M. J. (2007). Symptom cluster of fatigue and depression in HIV/AIDS. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 33(1–2), 19–34.
- Wong, P. C., Dodd, M. J., Miaskowski, C., Paul, S. M., Bank, K. E., Shiba, G. H., et al. (2006). Mucositis pain induced by radiation therapy: Prevalence, severity, and use of self-care behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 27–37.
- Wood, K. A., Wiener, C. L., & Kayser-Jones, J. (2007). Supraventricular tachycardia and the struggle to be believed. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), 293–302.
- Fuentes secundarias**
- Bailey, D. E., Wallace, M., Latini, D. M., Hegarty, J., Carroll, P. R., & Klein, E. A. (2011). Measuring illness uncertainty in men undergoing active surveillance for prostate cancer. *Applied Nursing Research*, 24(4), 193–199.
- Chiou, C. P., & Chung, Y. C. (2012). Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage-renal-disease. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9), 1223–1231.
- Flemme, I., Hallberg, U., Johansson, I., & Stromberg, A. (2011). Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung*, 40(5), 420–428.
- Halliday, L. E., Boughton, M. A., & Kerridge, I. (2014). Mothering and self-othering: The impact of uncertain reproductive capability in young women after hematological malignancy. *Health Care for Women International*, 35(3), 249–265.
- Halliday, L. E., Boughton, M. A., & Kerridge, I. (2015). Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual Health Res*, 25(3), 408–416.
- Han, P. K., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*, 31(6), 828–838.
- Hansen, B. S., Rortveit, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., et al. (2012). Patient experiences of uncertainty—a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 266–277.
- Taha, S. A., Matheson, K., & Anisam, H. (2012). Everyday experiences of women posttreatment after breast cancer: The role of uncertainty, hassles, uplifts, and coping on depressive symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 359–379.



Georgene Gaskill Eakes
(1945-actualidad)*



Mary Lermann Burke
(1941-actualidad)†



Margaret A. Hainsworth
(1931-actualidad)‡

Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke y Margaret A. Hainsworth: teoría del duelo disfuncional

Ann M. Schreier

«El duelo disfuncional es la presencia de sentimientos omnipresentes relacionados con el pesar que se ha comprobado que se producen periódicamente a lo largo de la vida de las personas con enfermedades crónicas, sus cuidadores familiares y las personas que han perdido un ser querido.»

(Burke et al., 1999, p. 374)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Georgene Gaskill Eakes

Georgene Gaskill Eakes nació en New Bern, Carolina del Norte. En 1966 se diplomó en enfermería en la escuela de enfermería del Watts Hospital de Durham (Carolina del Norte) y en 1977 se licenció en enfermería en la North Carolina Agricultural and Technical State University, obteniendo el premio extraordinario de fin de carrera. En 1980 Eakes completó un máster en Enfermería en la University of North Carolina en Greensboro y en 1988, un doctorado en Educación en la North Carolina State University. Además realizó un periodo de prácticas remuneradas por el Gobierno Federal para obtener su máster y disfrutó de una beca de la North Carolina League for Nursing para sus estudios de doctorado.

*Fotografía: Center for Health Sciences Communication, Brody School of Medicine, East Carolina University, Greenville, NC.

†Fotografía: Olan Mills Portrait Studio, Centerdale, RI.

‡Fotografía: Shawn Hainsworth, New York.

Fue incluida en la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nurses en 1979 y en la Phi Kappa Phi Society en 1988.

Al principio de su carrera profesional, Eakes trabajó en entornos psiquiátricos y de salud mental, tanto en cuidados agudos como extrahospitalarios. En 1980 pasó a formar parte del cuerpo docente de la Facultad de Enfermería de la East Carolina University, en Greenville, Carolina del Norte.

El interés de Eakes por los temas relacionados con la muerte, la agonía, el duelo y la pérdida comenzó en la década de 1970, cuando sufrió lesiones que pusieron en peligro su vida en un accidente automovilístico. Su experiencia próxima a la muerte potenció su concienciación de la deficiente preparación de los profesionales sanitarios y de las personas en general para tratar con individuos que hacen frente a la muerte, y la ausencia general del conocimiento de las reacciones de pesar experimentadas en respuesta a situaciones de pérdida. Motivada por esta perspectiva, orientó sus primeros esfuerzos en investigación hacia el estudio de la ansiedad por la muerte entre personal de enfermería en casos de cuidados

prolongados, y la exploración de la resolución de la pena entre enfermeras de hospitales para enfermos terminales.

Eakes creó, como servicio a la comunidad, un grupo de apoyo quincenal para personas diagnosticadas de cáncer y sus allegados, con el que continúa colaborando. Su implicación en este grupo la alertó sobre la naturaleza mantenida de las reacciones de duelo asociadas al diagnóstico de enfermedades crónicas con riesgo vital. Mientras presentaba su investigación en la conferencia internacional de investigación de Sigma Theta Tau en Taipéi, Taiwán, en 1989, asistió a la presentación sobre duelo disfuncional de Mary Lermann Burke y estableció la conexión entre la descripción de Burke del duelo disfuncional en madres de niños con discapacidad por mielomeningocele y las reacciones de duelo que había observado entre los miembros del grupo de apoyo del cáncer.

Tras la conferencia, Eakes se puso en contacto con Burke para explorar la posibilidad de colaborar en las investigaciones. Tras estas conversaciones, programaron una reunión que incluyó a Burke, a su compañera Margaret A. Hainsworth y a Carolyn Lindgren, una compañera de Hainsworth. El Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS) fue el resultado de esta reunión durante el verano de 1989.

Tras la creación del NCRCS, sus miembros llevaron a cabo numerosos estudios de investigación cualitativa en colaboración sobre poblaciones de personas afectadas por enfermedades crónicas o potencialmente mortales, sobre los cuidadores familiares y sobre personas que habían perdido a un ser querido. Eakes centró sus estudios individuales en las personas diagnosticadas de cáncer, en cuidadores familiares de niños, en cuidadores de adultos con una enfermedad mental y en individuos que habían sufrido la pérdida de un ser querido. De 1992 a 1997, Eakes recibió tres becas de la facultad de enfermería de la East Carolina University y dos becas de la Beta Nu Chapter of Sigma Theta Tau International para financiar sus esfuerzos de investigación.

Además de sus publicaciones profesionales, Eakes ha realizado numerosas presentaciones sobre temas relacionados con el duelo-pérdida y la muerte dirigidas a profesionales y al público general a nivel local, estatal, nacional e internacional. También se ha implicado intensamente en la formación de personal de apoyo en el síndrome de muerte súbita del lactante en Carolina del Norte y de voluntarios de hospitales para enfermos terminales, locales y regionales. Eakes está realizando esfuerzos activos en mejorar la calidad del cuidado al final de la vida, y para eso es miembro del equipo directivo de la End of Life Care Coalition del este de Carolina del Norte.

En 2002, Eakes recibió el premio Scholar Teacher de la East Carolina University en reconocimiento a la excelencia en la integración de la investigación en las prácticas docentes. En 1999, Eakes recibió el Premio Best of Image por la publicación teórica presentada por la Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing «Middle-range theory of chronic sorrow». Fue finalista del Premio a la Excellence in Writing de *Oncology Nursing Forum* en 1994. Otros honores que ha recibido son el Premio North Carolina a la Educadora en Enfermería del Año

de la North Carolina Nurse Association en 1991 y Outstanding Researcher por la Beta Nu Chapter of Sigma Theta Tau International Honor Society for Nurses en 1994 y 1998. Eakes ha sido revisora de *Qualitative Health Research*, una revista internacional e interdisciplinaria.

Eakes es profesora emérita de la escuela de enfermería de la East Carolina University. Antes de jubilarse ejerció la docencia en cursos universitarios en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental e Investigación en Enfermería, un curso de máster en Formación en Enfermería y un curso de grado interdisciplinario titulado «Perspectives on Death/Dying». Actualmente está jubilada (G. Eakes, comunicación personal, 2020).

Mary Lermann Burke

Mary Lermann Burke nació en Sandusky, Ohio, donde creció. Se diplomó en Enfermería en la Facultad de Enfermería del Good Samaritan Hospital de Cincinnati en 1962, y al año siguiente terminó un diploma de posgrado en el Children's Medical Center del distrito de Columbia. Tras varios años de experiencia laboral en enfermería pediátrica, Burke se licenció en enfermería en el Rhode Island College, en Providence, obteniendo el premio extraordinario de fin de carrera. En 1982 terminó un máster en Enfermería Paterno-Infantil en la Boston University. Durante este programa obtuvo un certificado en Enfermería Paterno-Infantil y formación interdisciplinaria en las discapacidades del desarrollo por el Child Development Center del Rhode Island Hospital y por la Sección de Medicina Reproductiva y del Desarrollo de la Brown University, Providence. Se doctoró en Enfermería por la Boston University en 1989.

Burke ingresó en el Theta Chapter de la Sigma Theta Tau durante sus estudios de máster en la Boston University en 1981 y en el Delta Upsilon Chapter de la Sigma Theta Tau en el Rhode Island College en 1988. Recibió una beca para estudiantes de doctorado del Theta Chapter en 1988 y el Premio Delta Upsilon Chapter Louisa A. White for Research Excellence en 1996. En 1996 recibió el premio Louisa A. White a la excelencia en investigación concedido por el Delta Upsilon Chapter.

Durante el periodo comprendido entre 1991 y 1996, Burke recibió cuatro becas de investigación del Rhode Island College para realizar estudios en el área del duelo disfuncional. En 1998, recibió una beca del Delta Upsilon Chapter para el desarrollo inicial de un instrumento cuantitativo para estudiar el duelo disfuncional. Burke fue la investigadora principal del proyecto Transition to Adult Living, financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Genetics Services Branch, del Maternal and Child Health Bureau, de 1992 a 1995. Esta ayuda fue complementada por la beca Genetics Group Special Projects, de Nueva Inglaterra, del Transition to Adult Living Project-System Dissemination of Information, en 1995. Burke era la coinvestigadora principal.

Burke comenzó su práctica clínica como enfermera en el área de la enfermería pediátrica. Ingresó en el cuerpo docente

del Departamento de Enfermería del Rhode Island College como profesora clínica en 1980 y pasó a ser profesora a jornada completa en 1982, profesora adjunta en 1987, profesora titular en 1991 y catedrática en 1996. Durante este período enseñó enfermería pediátrica en cursos didácticos y clínicos. Además, desarrolló un curso formativo en Enfermería sobre nutrición, farmacología y fisiopatología, en el que también impartía docencia. Se retiró de su puesto en la Facultad del Rhode Island College en diciembre de 2002.

Burke se interesó por el concepto de duelo disfuncional durante su programa de máster, mientras realizaba una práctica clínica en el Child Development Center del Rhode Island Hospital. Al trabajar con niños con espina bífida y con sus padres, adquirió la noción clínica de que las emociones mostradas por los padres eran compatibles con el duelo disfuncional, tal y como fue descrito por primera vez por **Olshansky (1962)**. La tesis de su máster, *The Concerns of Mothers of Preschool Children With Myelomeningocele*, identificó emociones similares a las del duelo disfuncional. Posteriormente, desarrolló el Burke Chronic Sorrow Questionnaire para la investigación de su tesis doctoral, *Chronic Sorrow in Mothers of School-Age Children With Myelomeningocele*.

Burke presentó la investigación de su tesis en el Congreso Internacional de Investigación de la Sigma Theta Tau en Taipéi, Taiwán, en 1989, donde interactuó con la Dra. Eakes de la East Carolina University y con la Dra. Hainsworth del Rhode Island College. Posteriormente, este grupo constituyó el NCRCS, en el que participó durante un breve período la Dra. Carolyn Lindgren, de la Wayne State University. Juntas desarrollaron un Burke/NCRCS Chronic Sorrow Questionnaire modificado, e individualmente realizaron una serie de estudios que fueron analizados conjuntamente. Los estudios individuales de Burke en esta serie se centraron en el duelo disfuncional en parejas estériles, en niños de padres con trastornos disfuncionales y en padres que habían sufrido la pérdida de un ser querido. Los estudios analizados conjuntamente dieron lugar al desarrollo de una teoría de nivel medio de duelo disfuncional publicada en 1998. De forma individual y conjunta, miembros del consorcio presentaron numerosos artículos sobre duelo disfuncional en congresos locales, estatales, nacionales e internacionales, escribieron 10 artículos publicados en revistas de referencia, y recibieron el Premio Best of Image, en la categoría de publicación teórica, de la Sigma Theta Tau International por el artículo «Middle-range theory of chronic sorrow». Más recientemente, Burke ha colaborado con la Dra. Eakes en el desarrollo del Burke/Eakes Chronic Sorrow Assessment Tool.

Burke participa activamente en numerosas organizaciones profesionales y comunitarias. Es miembro del Rhode Island Board of Trustees de los St. Joseph's Health Services. Ha recibido el Premio Outstanding Alumna por sus contribuciones a la formación en Enfermería del Departamento de Enfermería del Rhode Island College, y el Premio Rhode Island College Alumni Honor Roll (Burke, comunicación personal, 2005).

Margaret A. Hainsworth

Margaret A. Hainsworth nació en Brockville, Ontario, Canadá, y creció en Prescott, Ontario. Entró en la Escuela de Enfermería del Brockville General Hospital, Brockville, Ontario, donde se graduó en 1953. En 1959 emigró a EE. UU. para cursar estudios en el George Peabody College for Teachers de Nashville, Tennessee, donde obtuvo una diplomatura en Enfermería de Salud Pública. En 1974 amplió su formación en el Salve Regina College de Newport, Rhode Island, y obtuvo una licenciatura en Enfermería en 1973 y consiguió un máster en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental del Boston College en 1974 y un doctorado en Administración de la Formación de la University of Connecticut en 1986. Se doctoró en administración educativa por la University of Connecticut en 1986. En 1988 logró la titulación como especialista clínica en Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental.

Ingresó en Sigma Theta Tau, Alpha Chi Chapter, en 1978 y en el Delta Upsilon Chapter en 1989. En 1976 recibió el Premio a la Profesora Destacada en el Rhode Island College. En 1992 fue seleccionada para asistir al Technical Assistance Workshop and Mentorship for Nurses in Implementation del National Plan for Research in Child and Adolescent Mental Disorders, patrocinado por los National Institutes of Health. En 1991, fue seleccionada para revisar manuscritos para la revista *Qualitative Health Research*. En 1999 Hainsworth fue aceptada por el Royal Melbourne Institute of Technology de Melbourne, Australia, como profesora visitante en un programa de intercambio universitario.

Su práctica de la enfermería se desarrolló en las especialidades de salud pública y enfermería psiquiátrica y de salud mental. En 1974 se incorporó como asociada al Departamento de Enfermería de la Facultad de Rhode Island y alcanzó el puesto de profesora titular en 1992. Su principal área de docencia ha sido el cuidado psiquiátrico, tanto mediante charlas teóricas como mediante la práctica clínica. Impartió un curso titulado «Death and Dying» que se convirtió en una materia opcional en el programa de estudios general del colegio. Hainsworth siempre prosiguió con su práctica y trabajó durante 13 años como asesora de la Visiting Nursing Association. Empezó a trabajar en la práctica privada en la Bay Counseling Association en 1993 y mantuvo este puesto durante 5 años.

Su interés por las enfermedades crónicas y su relación con la aflicción comenzó cuando trabajaba como orientadora de un grupo de apoyo para mujeres con esclerosis múltiple. Esta práctica dio lugar a su trabajo de tesis, *An Ethnographic Study of Women With Multiple Sclerosis Using a Symbolic Interaction Approach*. Esta investigación se aceptó para una ponencia en el congreso de investigación de la Sigma Theta Tau en Taipéi, Taiwán, en 1989. En esta conferencia, se familiarizó con la investigación sobre duelo disfuncional después de asistir a una presentación de Burke.

Basándose en el trabajo de Burke y Eakes, el NCRCS se creó en 1989 para ampliar los conocimientos sobre el duelo disfuncional. Hainsworth fue una de las cuatro cofundadoras

y miembro activo hasta 1996. La investigación se inició con cuatro estudios centrados en el duelo disfuncional en individuos con situaciones vitales crónicas, y los miembros del consorcio analizaron conjuntamente los datos. Durante los 7 años en que fue miembro, el consorcio publicó 13 artículos y presentó los resultados de sus estudios en congresos internacionales, estatales y regionales. En 1999 recibieron el Premio Best of Image in Theory de la Sigma Theta Tau International (Hainsworth, comunicación personal, 2005).

FUENTES TEÓRICAS

El NCRCS basó la teoría de nivel medio del duelo disfuncional en dos fuentes principales. El trabajo de Olshansky (1962) fue citado como la base del concepto original de duelo disfuncional (Eakes et al., 1998). El modelo de estrés y adaptación de Lazarus y Folkman (1984) constituyó la base para la conceptualización de cómo las personas afrontan el duelo disfuncional.

El concepto de duelo disfuncional se originó con el trabajo de Olshansky en 1962 (Lindgren et al., 1992). Las teóricas del NCRCS citan las observaciones de Olshansky sobre los padres con hijos con retraso mental, que indicaban que estos padres experimentaban una tristeza recurrente, y acuñan el término *duelo disfuncional*. Este concepto original se describió como «una descripción amplia y sencilla de la reacción psicológica ante una situación trágica» (Lindgren et al., 1992, p. 30).

Durante la década de 1980, otros investigadores comenzaron a examinar la experiencia de los padres de niños con discapacidades físicas o mentales. Este trabajo validó la tristeza recurrente y la naturaleza interminable del duelo que experimentaban estos padres. Con anterioridad a este trabajo, el duelo se había conceptualizado como un proceso que se resuelve con el tiempo y que, según el trabajo de Bowlby y Lindemann, es anormal si esto no sucede (Lindgren et al., 1992). En contraste con esa conceptualización limitada en el tiempo, en el concepto de duelo disfuncional es inherente que la tristeza recurrente es una experiencia normal (Wikler et al., citado en Lindgren et al., 1992). Burke, en su estudio sobre los niños con espina bífida, definió el duelo disfuncional como «una tristeza generalizada de carácter permanente, periódico y progresivo» (Hainsworth et al., 1994, p. 60).

El NCRCS no limitó su teoría a la existencia del duelo disfuncional, sino que trató de analizar la respuesta al duelo. Este grupo incorporó el trabajo de Lazarus y Folkman de 1984 sobre el estrés y la adaptación como base para los métodos de gestión eficaces descritos en su modelo (Eakes et al., 1998). La disparidad encontrada y la respuesta al reduelo estimulan los mecanismos de afrontamiento individual. Existen categorías de estilo o manejo del afrontamiento. Las estrategias internas de afrontamiento incluyen conductas orientadas a la acción, de revalorización cognitiva e interpersonales (Eakes et al., 1998). Por tanto, la teoría de nivel medio del duelo disfuncional extendió la base teórica del duelo disfuncional no solo a la

experiencia del duelo disfuncional en ciertas situaciones, sino también a las estrategias de afrontamiento ante el fenómeno.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Duelo disfuncional

Las pruebas empíricas que apoyan la definición conceptual inicial del NCRCS del duelo disfuncional derivan de las entrevistas con madres de niños con espina bífida, que Burke (1989) realizó como parte de la investigación para su tesis. Gracias a este trabajo, Burke pudo definir el duelo disfuncional como una tristeza generalizada y descubrió que la experiencia era permanente, periódica y potencialmente progresiva (Eakes et al., 1993). El trabajo inicial de Burke fue el comienzo de una serie posterior de estudios, como la base para las guías de las entrevistas utilizadas en estos estudios.

Estos estudios del NCRCS incluyeron:

- Individuos con:
 - Cáncer (Eakes, 1993).
 - Infertilidad (Hainsworth et al., 1994).
 - Esclerosis múltiple (Hainsworth, 1994; Hainsworth et al., 1993) o enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- **Cónyuges cuidadores** de personas con:
 - Enfermedad mental crónica (Hainsworth et al., 1995).
 - Esclerosis múltiple (Hainsworth, 1995).
 - Enfermedad de Parkinson (Lindgren, 1996).
- **Padres cuidadores** de:
 - Hijos adultos con enfermedades mentales crónicas (Eakes, 1995).

Basándose en estos estudios, las teóricas postularon que el duelo disfuncional se produce en cualquier situación en la que la pérdida no está resuelta. Estos estudios no demostraron de forma coherente que las emociones asociadas empeoraran con el tiempo. Sin embargo, las teóricas concluyeron que los estudios sí apoyaban «el potencial de progresividad e intensificación del duelo disfuncional con el tiempo» (Eakes et al., 1998, p. 180).

Las teóricas del NCRCS ampliaron sus estudios a individuos que experimentaban una única pérdida (de un ser querido). Descubrieron que esta población experimentaba estos mismos sentimientos de duelo disfuncional (Eakes et al., 1999).

Partiendo de estas amplias evidencias empíricas, las teóricas del NCRCS refinaron la definición de duelo disfuncional como la «recurrencia periódica de una tristeza permanente y generalizada u otros sentimientos relacionados con el duelo, asociados con la discrepancia continua resultante de una experiencia de pérdida» (Eakes et al., 1998, p. 180).

Desencadenantes

Utilizando los datos empíricos de la serie de estudios, las teóricas del NCRCS identificaron los principales acontecimientos o situaciones que precipitaban la reexperiencia de los sentimientos de duelo iniciales. Estos acontecimientos fueron

etiquetados como *desencadenantes del duelo disfuncional* (Eakes et al., 1993). El NCRCS comparó y contrastó los desencadenantes del duelo disfuncional en individuos con enfermedades crónicas, cuidadores familiares y personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido (Burke et al., 1999). En todas las poblaciones se observó que los recuerdos de normas y aniversarios desencadenaban el duelo disfuncional. Los cuidadores familiares y las personas con trastornos disfuncionales presentaban desencadenantes en el control de las crisis. Un único desencadenante para cuidadores familiares era la necesidad de un cuidado inacabable. La población que había sufrido la pérdida de un ser querido describía que los recuerdos y el cambio de roles eran desencadenantes excepcionales.

Estrategias de gestión

El NCRCS postuló que el duelo disfuncional no es debilitante cuando los individuos gestionan eficazmente los sentimientos. Las estrategias de gestión se dividieron en internas y externas. Las estrategias de autogestión se denominaron estrategias internas de abordaje. El NCRCS designó estrategias internas de abordaje, como de acción, cognitiva, interpersonal y afectiva.

Los mecanismos de afrontamiento orientado a la acción se utilizaron en todos los sujetos: individuos con enfermedades crónicas y sus cuidadores (Eakes, 1993, 1995; Eakes et al., 1993, 1999; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1995; Lindgren, 1996). Los ejemplos son similares a métodos de distracción utilizados comúnmente para hacer frente al dolor. Por ejemplo, «mantenerse ocupado» y «hacer algo divertido» son ejemplos de afrontamiento orientado a la acción (Eakes, 1995; Lindgren et al., 1992). Las teóricas del NCRCS descubrieron que el afrontamiento cognitivo era común, y los ejemplos incluían «pensar positivamente», «sacar el máximo provecho» y «no tratar de combatirlo»

(Eakes, 1995; Hainsworth, 1994; Lindgren, 1996). Algunos ejemplos de afrontamiento interpersonal eran «ir al psiquiatra», «unirse a un grupo de apoyo» y «hablar con los demás» (Eakes et al., 1993; Hainsworth, 1994, 1995). Los ejemplos de estrategias emocionales incluían «desahogarse llorando» y expresar las emociones (Eakes et al., 1998; Hainsworth et al., 1995). Se consideró que una estrategia de gestión eficaz era aquella que el sujeto describía como útil para disminuir los sentimientos de un nuevo duelo.

La gestión externa fue descrita inicialmente por Burke como intervenciones proporcionadas por profesionales de la salud (Eakes et al., 1998). Los profesionales de la salud ayudan a las poblaciones afectadas a aumentar su bienestar a través de los roles de presencia empática, maestro-experto, y profesional competente que proporciona cuidados (Eakes, 1993, 1995; Eakes et al., 1993, 1999; Hainsworth, 1994, 1995; Hainsworth et al., 1995; Lindgren, 1996).

En resumen, un impresionante total de 196 entrevistas dio como resultado la teoría de nivel medio del duelo disfuncional. Las teóricas resumieron una década de investigación con individuos con duelo disfuncional y observaron que este fenómeno ocurre comúnmente en personas con trastornos crónicos, en cuidadores familiares y en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido (Burke et al., 1999; Eakes et al., 1998).

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

El diagnóstico del duelo disfuncional y la aplicación de intervenciones están dentro del ámbito de la práctica enfermera. Las enfermeras pueden ofrecer una guía anticipatoria



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Duelo disfuncional

El **duelo disfuncional** es la discrepancia continua resultante de una pérdida, caracterizada por su omnipresencia y permanencia. Los síntomas del duelo se repiten periódicamente y son potencialmente progresivos.

Pérdida

La **pérdida** se produce como resultado de la discrepancia entre la situación «ideal» y las situaciones o experiencias reales. Por ejemplo, hay un «niño perfecto» y un niño con una enfermedad crónica que difiere de ese ideal.

Situaciones desencadenantes

Las **situaciones desencadenantes** son situaciones, circunstancias y condiciones que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente y que inician o exacerban los sentimientos de duelo.

Métodos de gestión

Los **métodos de gestión** son medios por los que los individuos se enfrentan al duelo disfuncional. Pueden ser internos (estrategias personales de afrontamiento) o externos (intervenciones del profesional sanitario o de otras personas).

Gestión ineficaz

La **gestión ineficaz** es el resultado de estrategias que aumentan el malestar del individuo o agudizan los sentimientos de duelo disfuncional.

Gestión eficaz

La **gestión eficaz** es el resultado de estrategias que conducen a un mayor bienestar del individuo afectado.

a individuos de riesgo. Las funciones principales de las enfermeras son la presencia empática, la de maestra-experta y la de cuidadora afectuosa y competente (Eakes et al., 1998).

Persona

Los humanos tienen una percepción idealizada de los procesos vitales y de la salud. Las personas comparan sus experiencias con el ideal y con quienes les rodean. Aunque la experiencia de cada persona con la pérdida es única, hay características comunes y predecibles de la experiencia de la pérdida (Eakes et al., 1998).

Salud

Hay un funcionamiento normal. La salud de una persona depende de la adaptación a discrepancias asociadas a la pérdida. El afrontamiento eficaz es una respuesta normal a las pérdidas vitales (Eakes et al., 1998).

Entorno

Las interacciones se producen en un contexto social, que incluye los entornos familiar, social, laboral y sanitario. Los individuos responden a la evaluación de sí mismos en relación con las normas sociales (Eakes et al., 1998).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. El duelo disfuncional es una respuesta humana normal relacionada con la discrepancia continua creada por una situación de pérdida.
2. El duelo disfuncional es de naturaleza cíclica.
3. Los desencadenantes internos y externos predecibles de un duelo intenso pueden clasificarse y anticiparse.
4. Los seres humanos tienen estrategias de afrontamiento inherentes y aprendidas que pueden o no ser eficaces para recuperar el equilibrio normal cuando se experimenta un duelo disfuncional.
5. Las intervenciones de los profesionales sanitarios pueden o no ser eficaces para ayudar al individuo a recuperar el equilibrio normal.
6. Un ser humano que experimenta una pérdida única o continuada percibirá una discrepancia entre el ideal y la realidad.
7. La discrepancia entre lo real y lo ideal conduce a sentimientos generalizados de tristeza y duelo (Eakes et al., 1998).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Esta teoría se basa en una serie de estudios cualitativos. A través del análisis de 196 entrevistas surgió la teoría de nivel medio del duelo disfuncional. Con pruebas empíricas claras,

las teóricas del NCRCS describieron el fenómeno del duelo disfuncional, identificaron desencadenantes comunes de nuevo duelo y describieron mecanismos internos para hacerle frente y el papel de las enfermeras en la gestión externa del duelo disfuncional.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Tres perspectivas —práctica, formación e investigación— proporcionan un marco para examinar la aceptación del trabajo del NCRCS por parte de la comunidad de enfermería. A continuación se analiza cada una de ellas.

Práctica profesional

Trabajo original del Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow

La serie de estudios del NCRCS, que constituyen la base de la teoría de nivel medio del duelo disfuncional (Eakes et al., 1998), está repleta de implicaciones para la práctica. Cada artículo incluía una sección que relacionaba los resultados con la práctica clínica de la enfermería (Burke et al., 1999; Eakes, 1993, 1995; Hainsworth, 1994; Hainsworth et al., 1993, 1994, 1995; Lindgren, 1996; Lindgren et al., 1992). Los trabajos de NCRCS aportan sugerencias para que las enfermeras ayuden a los individuos y a sus familiares cuidadores en el manejo de los hitos o los acontecimientos desencadenantes de forma eficaz. Más concretamente, el trabajo identifica los roles de la enfermería como presencia empática, maestro-experto y profesional competente en la prestación de cuidados (Eakes et al., 1993). Además, el trabajo original de NCRCS ha sido la base para que otros autores hagan publicaciones orientadas a una audiencia práctica.

Bibliografía derivada del Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow

Varios autores enfermeros no pertenecientes al NCRCS han publicado artículos que citan estudios del NCRCS dirigidos a clínicos en ejercicio (Gedaly-Duff et al., 2000; Gordon, 2009; Joseph, 2012; Kerr, 2010; Marcella-Brienza, 2015; Scornaiench, 2003; Vitale y Falco, 2014). Otra literatura centrada en la práctica, aunque no elaborada por profesionales de la enfermería, aporta orientación práctica que las enfermeras podrían encontrar útil (Doka, 2004; Harris y Gorman, 2011; Marcella-Brienza, 2015; Rossheim y McAdams, 2010). Aunque estos trabajos se relacionan con la práctica, también pueden considerarse relacionados con la formación. La siguiente sección aporta evidencias adicionales de la importancia del trabajo del NCRCS sobre el duelo disfuncional para la comunidad educativa.

Formación

El uso del trabajo del NCRCS en la investigación de pregrado, de posgrado y en la formación continua apoya su aceptación por parte de la comunidad educativa.

Formación de pregrado: lenguaje de enfermería estandarizado

La revisión de la literatura sobre los lenguajes de enfermería estandarizados revela que el duelo disfuncional es una categoría diagnóstica (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA, 2014]) con los resultados esperados relacionados y las intervenciones sugeridas (Johnson et al., 2012). La comparación de las definiciones de duelo disfuncional utilizadas por la NANDA International (NANDA-I) y el NCRCS (Eakes et al., 1998) revela dimensiones esencialmente similares. Varios libros de texto de diagnóstico de enfermería ampliamente utilizados (Ackley y Ladwig, 2020; Carpenito-Moyet, 2014; Doenges et al., 2016) citan el trabajo del NCRCS o autores que utilizaron el trabajo del NCRCS en la explicación de los vínculos entre el duelo disfuncional como categoría diagnóstica, las intervenciones y los resultados. La relación entre las categorías diagnósticas de NANDA-I, la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC) (Johnson et al., 2012) tiene implicaciones formativas para el pregrado en esta materia, porque aporta orientación a los alumnos y profesores de enfermería –a los primeros para orientar el aprendizaje del proceso de toma de decisiones clínicas, y a los profesores para enseñar esta materia y diseñar los currículos–. Además, los vínculos reorientan la planificación de los cuidados para incluir la atención a los resultados, un paso esencial en la docencia de la práctica basada en la evidencia (Pesut y Herman, 1998).

Formación de investigación de posgrado: enfermería

El uso del trabajo teórico del NCRCS en tesis de másteres y tesis doctorales inéditas y en artículos relacionados con tesis proporciona evidencia de su uso en la formación de posgrado de enfermería. Estos estudios se clasifican aquí en virtud de su nivel y de su asunto central:

- Tesis de máster:
 - Duelo disfuncional en madres de niños con enfermedades crónicas (Golden, 1994; Shumaker, 1995).
- Tesis doctorales:
 - Padres cuidadores de niños con necesidades especiales de atención sanitaria (Kelly, 2010).
 - Mujeres tratadas por cáncer que experimentaron problemas de fertilidad y/o menopausia prematura (Hunter, 2010).
 - Desarrollo del Kendall Chronic Sorrow Instrument para detectar y medir la experiencia del duelo disfuncional (Kendall, 2005).
 - Cuidadores de niños con drepanocitosis (Neilsen, 2013).

Formación de investigación de posgrado: otras disciplinas

Los estudiantes de posgrado de otras disciplinas profesionales, como la educación, el trabajo social, la psicología y la vida familiar, han realizado estudios de tesis utilizando el trabajo del NCRCS. Estos estudios inéditos, enumerados aquí según el tema del que tratan, tienen relevancia para la práctica de la enfermería:

- Personas con:
 - Dolor de espalda crónico (Blair, 2010).
 - Infertilidad (Casale, 2009).
 - Enfermedad bipolar (Freedberg, 2011).
- Cuidadores familiares de:
 - Hijos pequeños y adolescentes con:
 - Discapacidades múltiples (Parrish, 2010).
 - Necesidades especiales de atención sanitaria (Kelly, 2010).
 - Enfermedad mental crónica (Davis, 2006).
 - Autismo (Bordonada, 2017; Collins, 2008; Monsen, 2010).
- Hijos adultos con:
 - Parálisis cerebral (Masterson, 2010; Wee, 2010).
 - Adicciones (McLaughlin, 2017).

Formación continua

Varios autores utilizaron el trabajo del consorcio sobre el duelo disfuncional en artículos publicados que contenían, en el momento de la publicación, ofertas de formación continua diseñadas para los clínicos que trabajan con familias con miembros enfermos crónicos (Doornbos, 1997; Hobdell et al., 2007; Mallow y Bechtel, 1999; Meleski, 2002; Melnyk et al., 2001). El curso de Drench (2003) para fisioterapeutas y ayudantes de fisioterapia presentaba contenidos sobre la pérdida y el duelo que incluían el trabajo del NCRCS.

Investigación

Una revisión de las investigaciones publicadas que han utilizado el trabajo del NCRCS reveló que los investigadores han ampliado el trabajo mediante estudios realizados con representantes de poblaciones estudiadas anteriormente y con nuevas poblaciones de investigadores internacionales.

- Ampliación de las poblaciones del NCRCS:
 - Esclerosis múltiple, personas y cuidadores (Isaksson y Ahlström, 2008; Isaksson et al., 2007; Liedstrom et al., 2008).
 - Defectos del tubo neural, padres cuidadores (Hobdell, 2004).
 - Duelo, padres después de la muerte fetal (Erlandsson et al., 2011).
- Ampliación del trabajo del NCRCS a nuevas poblaciones:
 - Personas:

- Infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Ingram y Hutchinson, 1999; Lichtenstein et al., 2002).
- Que son niñas víctimas de maltrato infantil (Smith, 2007, 2009).
- Cuidadores familiares de personas con:
 - Esquizofrenia (Olwit et al., 2015).
- Cuidadores familiares de niños con:
 - Asma (Maltby et al., 2003).
 - Cáncer (Nikfarid et al., 2015, 2017).
 - Diabetes (Bowes et al., 2009; Lowes y Lyne, 2000).
 - Discapacidades (Mallow y Bechtel, 1999; Patrick-Ott y Ladd, 2010; Whittingham et al., 2013).
 - Epilepsia (Hobdell et al., 2007).
 - VIH (Mawn, 2012).
 - Enfermedades raras (Glenn, 2015).
 - Drepanocitosis (Northington, 2000).

Aunque la mayoría de los autores eran de EE. UU., la literatura refleja una influencia internacional, con publicaciones de enfermeras de Australia (Maltby et al., 2003; Whittingham et al., 2013), China (Chang et al., 2018), Nueva Zelanda (Mercer, 2015), Irán (Nikfarid et al., 2015, 2017), Suecia (Ahlström, 2007; Isaksson y Ahlström, 2008; Pejler, 2001), Uganda (Olwit et al., 2015, 2018) y Reino Unido (Bowes et al., 2009; Lowes y Lyne, 2000). Varios estudios fueron escritos por terapeutas ocupacionales, dos por psicólogos y uno fue obra de sociólogos, que apoyaban la afirmación de que el trabajo del NCRCS es la base de la investigación internacional e interdisciplinaria. La aplicación de esta teoría de nivel medio en la investigación se observa en la literatura enfermera actual (Eakes, 2013).

EVOLUCIÓN

La mayoría de las iniciativas de investigación relacionadas con la teoría de nivel medio del duelo disfuncional utilizaron métodos cualitativos y se centraron en identificar la aparición del concepto en otras poblaciones. Los estudios del desarrollo de instrumentos diseñados para medir la intensidad del duelo disfuncional en el intervalo o el nivel de proporción impulsarían desarrollos adicionales de la teoría. Los instrumentos actuales, como la Burke/Eakes Chronic Sorrow Assessment (Eakes, 2013) y el Kendall Chronic Sorrow Instrument (Kendall, 2005), producen datos a nivel nominal u ordinal. Los datos sobre la intensidad del duelo disfuncional de proporción o intervalo mejorarían los estudios diseñados para medir la eficacia de las funciones e intervenciones de enfermería en la consecución de los resultados identificados en el sistema NOC, como «Aceptación: estado de salud... Nivel de depresión... Esperanza... Equilibrio del estado de ánimo (Johnson et al., 2012, pp. 220-221). Dos tesis en el campo del asesoramiento educativo han utilizado métodos cuantitativos. Bordonada (2017) utilizó el Adaptive Burke

Questionnaire y McLaughlin (2017) utilizó el Kendall Chronic Sorrow Instrument. Otros estudios realizados con estos instrumentos tienen el potencial de hacer avanzar la ciencia.

CRÍTICA

Claridad

Esta teoría describe claramente un fenómeno que se observa en el área clínica cuando se produce una pérdida, y es ciertamente evidente que está aceptada en la práctica enfermera. Como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico de enfermería de duelo disfuncional está incluido dentro del lenguaje estandarizado de la NANDA-I y se define como cíclico, recurrente y potencialmente progresivo, y, como tal, se corresponde con la definición de las teóricas de NCRCS. En cada uno de los trabajos publicados por estas teóricas se definen los conceptos clave, y esta teoría de nivel medio describe la relación propuesta entre estos conceptos. La relación entre los conceptos tiene sentido intuitivo. Por ejemplo, es evidente que un tratamiento eficaz, ya sea interno o externo, conducirá a una mayor comodidad y, de forma inversa, un tratamiento ineficaz promoverá la incomodidad y la intensidad del duelo disfuncional. Al tratarse de una teoría de nivel medio, el alcance se limita a la explicación de un único fenómeno, el de respuesta a la pérdida, y es congruente con la experiencia de la práctica clínica. Tal como ha afirmado Eakes, la belleza de esta teoría de nivel medio reside en que a los profesionales, los estudiantes y los docentes les parece cierta, como resulta evidente de las continuas comunicaciones a escala nacional e internacional (Eakes, comunicación personal, mayo de 2012).

Un aspecto poco claro de la teoría es la explicación de por qué no todos los individuos con pérdidas no resueltas experimentan duelo disfuncional. Algunos, aunque pocos, de los entrevistados por el NCRCS no experimentaron los síntomas clasificados como *duelo disfuncional*. No se ha aportado ningún dato adicional sobre estos individuos. ¿Tienen los pacientes que no sufren duelo disfuncional algunas características de personalidad distintas, como resiliencia, o reciben unas intervenciones sanitarias distintas en el momento de la pérdida? ¿Qué sugieren los datos de estos individuos sobre el afrontamiento de una pérdida mantenida?

Otro concepto que debe aclararse es el de la progresión del duelo disfuncional. Aunque se describe que puede progresar, ¿cómo lo hace o se considera patológica esta progresión?

Es necesario aclarar las categorías de estrategias de gestión interna. Los revisores no tienen claro en qué se diferencian las estrategias orientadas por problemas y cognitiva. Tampoco se describen con claridad las estrategias cognitivo-emotiva, emocional e interpersonal. Existe un evidente solapamiento entre la gestión externa e interna cuando se utiliza la palabra *interpersonal* para describir la búsqueda de ayuda profesional.

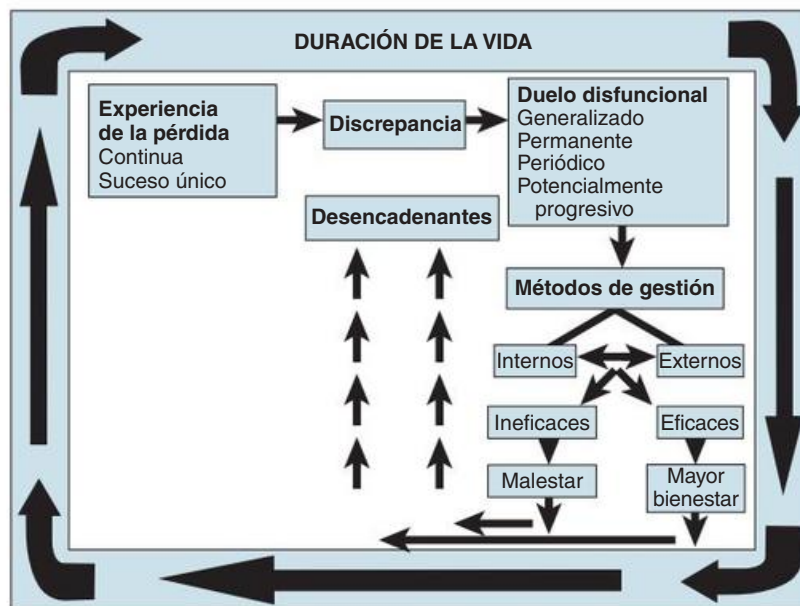


Fig. 31.1 Modelo teórico del duelo disfuncional. (Tomado de Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. [1998]. Middle-range theory of chronic sorrow. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 180.)

Sencillez

El modelo teórico del duelo disfuncional (fig. 31.1) mejora la comprensión de la relación entre las variables. Con este modelo, está claro que el duelo disfuncional es cíclico, generalizado y potencialmente progresivo. Además, con los subconceptos de tratamiento interno frente a externo y tratamiento ineficaz frente a eficaz, está claro qué tipo de evaluación y hasta qué punto una intervención adecuada de las enfermeras y otros profesionales sanitarios sería mejor para evitar que el duelo disfuncional fuera progresivo. Con un número limitado de variables definidas, la teoría es concisa y de fácil comprensión. Como teoría de nivel medio, es útil para el diseño de la investigación y como guía para la práctica.

Generalidad

El concepto de duelo disfuncional comenzó con el estudio de los padres de niños con una anomalía física o cognitiva. Las teóricas del NCRCS, a través de sus pruebas empíricas generadas, ampliaron la teoría para incluir diversas experiencias de pérdida. La teoría se aplica claramente a un amplio abanico de pérdidas, y es aplicable al individuo afectado, además de a los cuidadores y a quienes han perdido a un ser querido. Además, la teoría es útil para diversos profesionales sanitarios. Con estos conceptos, se capta la naturaleza excepcional de la experiencia con la amplitud de conceptos como el de desencadenantes. Los desencadenantes y las estrategias de gestión son exclusivas de la situación individual y, por tanto, permiten la aplicación a diversas situaciones.

ACCESIBILIDAD

Como es característico de una teoría de nivel medio, el alcance limitado permite a los investigadores estudiar fácilmente el fenómeno. Con un número limitado de variables y relaciones definidas entre las variables, los investigadores pueden generar hipótesis relacionadas con el estudio de intervenciones de enfermería que favorecen estrategias eficaces para la gestión del duelo disfuncional. Estos estudios de resultados proporcionan y se añaden a la base de la práctica basada en la evidencia.

Dado que la teoría deriva de pruebas empíricas, tiene una clara utilidad para futuras investigaciones. La clara definición del duelo disfuncional permite estudiar a individuos con diversas pérdidas y situaciones de pérdida que suelen causar un duelo disfuncional. En su estudio de personas que habían perdido a un ser querido, Eakes et al. (1999) identificaron síntomas de duelo disfuncional en la mayoría de los sujetos.

IMPORTANCIA

Como consecuencia de este gran volumen de investigación, el duelo disfuncional es un fenómeno ampliamente aceptado, como lo demuestra su inclusión en los diagnósticos de la NANDA-I. Las enfermeras y otros profesionales de la salud han validado su experiencia con la pérdida en la clínica. Por consiguiente, los profesionales sanitarios pueden normalizar

la experiencia. Como afirmó Eakes, «el duelo disfuncional es como la experiencia del embarazo, es un proceso normal en el que los sujetos pueden beneficiarse de la guía y el apoyo de los

profesionales sanitarios» (Eakes, comunicación personal, mayo de 2012). Eakes sostiene que esta experiencia es única para cada individuo y situación.

RESUMEN

La pérdida es una experiencia común a todos los individuos. Esta teoría de nivel medio describe el fenómeno del duelo disfuncional como una respuesta normal a la discrepancia continua creada por la pérdida. Se describen los principales conceptos que incluyen discrepancias, desencadenantes y estrategias de gestión (internas y externas). Se describen las fuentes teóricas y las pruebas empíricas. El capítulo muestra

pruebas de que la teoría es aceptada y utilizada en la práctica, en la formación y en la investigación. Enfermeras y profesionales de otras disciplinas citan la teoría en foros internacionales. Se presentan sugerencias para una investigación y desarrollo posterior. Una extensa crítica describe la claridad de los conceptos, la sencillez y utilidad de la teoría para importantes investigaciones basadas en la evidencia.

CASO CLÍNICO

Susan Jones es una mujer de 21 años que sufrió una lesión medular a los 14 años como consecuencia de un accidente de submarinismo. Es tetrapléjica y acude a una universidad local. Su madre, Mary Jones, es su principal cuidadora. La señora Jones tiene dificultades para dormir y sufre cefaleas frecuentes. Como enfermera, usted sospecha que la señora Jones podría tener duelo disfuncional.

Utilizando el Burke/NCRCs Chronic Sorrow Questionnaire (versión para cuidadores) como guía para la entrevista, encuentra indicios de duelo disfuncional (Eakes, 1995). La señora Jones describe frecuentes sensaciones de estar desbordada. Explica que, a veces, se enfada y se desconsuela al ver que su hija nunca tendrá una vida normal. Indica que tiene estos sentimientos repetidamente desde el accidente de su hija. Además, dice que no ve un final a sus responsabilidades

como cuidadora. Estos sentimientos son más fuertes cuando los hijos de sus amigas se casan y encuentran trabajo fuera de casa. Hace frente a estos sentimientos intentando centrarse en lo positivo (su hija está viva y sus hijos están bien) y hablando con sus amigos íntimos.

Tranquiliza a la Sra. Jones diciéndole que no está sola en su situación y que es normal tener esos sentimientos. Durante la entrevista, descubre que la señora Jones no ha buscado ayuda profesional. Ella le dice que se encuentra mejor porque es la primera vez que un profesional de la salud le ha preguntado acerca de sus sentimientos. Junto con la señora Jones usted empieza a buscar estrategias para darle un respiro y también un asesor de salud mental para que la ayude periódicamente a hacer frente al duelo disfuncional.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Utilizando el marco de la teoría de nivel medio del duelo disfuncional, proponga una o más hipótesis sobre los padres de niños con diabetes de tipo 1 que asisten o no a un grupo de apoyo.
2. La creación de un grupo de apoyo es solo una de las posibles estrategias de intervención para ayudar a las personas que sufren duelo disfuncional. Identifique las medidas de resultados o la evaluación objetiva que utilizaría para validar la eficacia de las intervenciones.
3. Compare y contraste la teoría de nivel medio del duelo disfuncional con los estadios del duelo de Kubler-Ross o con la teoría de la pérdida de Bowlby.
4. Describa la experiencia de tres personas con enfermedades crónicas. ¿Son aplicables las afirmaciones teóricas de la teoría de nivel medio del duelo disfuncional en estas situaciones? Razone su respuesta.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Eakes, G. G. (2013). Chronic sorrow. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (3rd ed., pp. 96–107). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eakes, G. G., & Burke, M. L. (2002). Development and validation of the Burke/Eakes chronic sorrow assessment tool. Datos inéditos sin procesar.
- Kendall, L. C. (2005). The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument [tesis doctoral, Virginia Commonwealth University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (publicación n.º 3196497).

BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, B., Ladwig, G., Makic, M., Martinez-Kratz, & Zanotti, M. (2020). *Nursing diagnosis handbook* (12th, ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*, 16(3a), 76–83.
- Blair, M. B. (2010). *Quality of life despite back pain: A phenomenological study* [Doctoral dissertation, The University of Nebraska -Lincoln]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3427313).
- Bordonada, T. M. (2017). *Examining chronic sorrow among parents of a child with autism spectrum disorder (ASD)* [Doctoral dissertation, University of South Carolina]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 10267409).
- Bowes, S., Lowes, L., Warner, J., & Gregory, J. W. (2009). Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 992–1000.
- Burke, M. L. (1989). *Chronic sorrow in mothers of school-age children with a myelomeningocele disability* [Doctoral dissertation, Boston University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 8920093).
- Burke, M. L., Eakes, G. G., & Hainsworth, M. A. (1999). Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*, 5(4), 374–387.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2014). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (13th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Casale, A. (2009). *Distinguishing the concept of chronic sorrow from standard grief: An empirical study of infertile couples* [Doctoral dissertation, New York University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3353016).
- Chang, K., Huang, X., Cheng, J., & Chien, C. (2018). The chronic sorrow experiences of caregivers of clients with schizophrenia in Taiwan: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 281–286.
- Collins, R. C. (2008). *Raising an autistic child: Subjective experiences of fathers* [Doctoral dissertation, University of Maryland, Baltimore]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3303962).
- Davis, K. L. (2006). *The dynamic factors of chronic sorrow on the life experience of the caregivers of children with chronic mental illness* [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3222993).
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2016). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Doka, K. J. (2004). Grief and dementia. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief: Alzheimer's disease* (pp. 169–175). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Doornbos, M. M. (1997). The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 35(9), 22–26.
- Drench, M. E. (2003). Loss, grief, and adjustment: A primer for physical therapy, part I. *PT: Magazine of Physical Therapy*, 11(6), 54–61. 50–52.
- Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow: A response to living with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1327–1334.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77–84.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-range theory of chronic sorrow. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 179–184.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1999). Chronic sorrow: The experiences of bereaved individuals. *Illness, Crisis & Loss*, 7(2), 172–182.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Lindgren, C. L. (1993). Chronic sorrow: An examination of nursing roles. In S. G. Funk, E. Tornquist, & M. T. Champagne (Eds.), *Key aspects of caring for the chronically ill: Hospital and home* (pp. 231–236). New York: Springer.
- Erlandsson, K., Saflund, K., Wredling, R., & Rådestad, I. (2011). Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7(2), 139–152.
- Freedberg, R. P. (2011). *Living with bipolar disorder: A qualitative investigation* [Doctoral dissertation, Western Michigan University]. ProQuest Dissertation & Theses Global (Publication No. 3480287).
- Gedaly-Duff, V., Stoger, S., & Shelton, K. (2000). Working with families. In R. E. Nickel, & L. W. Desch (Eds.), *The physicians' guide to caring for children with disabilities and chronic conditions* (pp. 31–75). Baltimore: Paul H. Brookes.

- Glenn, A. D. (2015). Using online health communication to manage chronic sorrow: Mothers of children with rare diseases speak. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 17–24.
- Golden, B. A. (1994). *The presence of chronic sorrow in mothers of children with cerebral palsy* [Unpublished master's thesis]. Tempe, Arizona: University of Arizona.
- Gordon, J. (2009). An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatric Nursing*, 35(2), 115–119.
- Hainsworth, M. A. (1994). Living with multiple sclerosis: The experience of chronic sorrow. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(4), 237–240.
- Hainsworth, M. A. (1995). Helping spouses with chronic sorrow related to multiple sclerosis. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(7), 29–33.
- Hainsworth, M. A., Burke, M. L., Lindgren, C. L., & Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow in multiple sclerosis: A case study. *Home Healthcare Nurse*, 11(2), 9–13.
- Hainsworth, M. A., Busch, P. V., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1995). Chronic sorrow in women with chronically mentally disabled husbands. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(4), 120–124.
- Hainsworth, M. A., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1994). Coping with chronic sorrow. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(1), 59–66.
- Harris, D. L., & Gorman, E. (2011). Grief from a broader perspective: Nonfinite loss, ambiguous loss, and chronic sorrow. In D. L. Harris (Ed.), *Counting our losses: Reflecting on change, loss, and transition in everyday life* (pp. 1–13). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hobdell, E. (2004). Chronic sorrow and depression in parents of children with neural tube defects. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(2), 82–88. 94.
- Hobdell, E. F., Grant, M. L., Valencia, I., Mare, J., Kothare, S. V., Legido, A., et al. (2007). Chronic sorrow and coping in families of children with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(2), 76–82.
- Hunter, S. E. (2010). *The emotional and interpersonal aspects of fertility damage and/or premature menopause from cancer treatments* [Unpublished doctoral dissertation]. New Zealand: University of Auckland. <https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/6870>.
- Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (1999). Defensive mothering in HIV-positive mothers. *Qualitative Health Research*, 9(2), 243–258.
- Isaksson, A. K., & Ahlström, G. (2008). Managing chronic sorrow: Experiences of patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(3), 180–191.
- Isaksson, A. K., Gunnarsson, L. G., & Ahlström, G. (2007). The presence and meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 315–324.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Meridean, M., & Swanson, E. (2011). *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Joseph, H. A. (2012). Recognizing chronic sorrow in the habitual ED patient. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 539–540.
- Kelly, M. D. (2010). *Factors that influence the utilization of primary care for children with special health care needs* [Doctoral dissertation, University of Massachusetts Lowell]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3410274).
- Kerr, S. L. (2010). A case study on Walker-Warburg syndrome. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 10(1), 21–24.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lichtenstein, B., Laska, M. K., & Clair, J. M. (2002). Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender, and social support. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(1), 27–38.
- Liedstrom, E., Isaksson, A., & Ahlström, G. (2008). Chronic sorrow in next of kin of patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(5), 304–311.
- Lindgren, C. L. (1996). Chronic sorrow in persons with Parkinson's and their spouses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(4), 351–370.
- Lindgren, C. L., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Eakes, G. G. (1992). Chronic sorrow: A lifespan concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 27–42.
- Lowes, L., & Lyne, P. (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: A review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 41–48.
- Mallow, G. E., & Bechtel, G. A. (1999). Chronic sorrow: The experience of parents with children who are developmentally disabled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37(7), 31–35, 42–43.
- Maltby, H. J., Kristjanson, L., & Coleman, M. E. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 9(6), 368–373.
- Marcella-Brienza, S. (2015). Back to work: Manager support of nurses with chronic sorrow. *Creative Nursing*, 21(4), 206–210.
- Masterson, M. K. (2010). *Chronic sorrow in mothers of adult children with cerebral palsy: An exploratory study* [Doctoral dissertation, Kansas State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3408137).
- Mawn, B. E. (2012). The changing horizons of U.S. families living with pediatric HIV. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 213–229.
- McLaughlin, V. G. H. (2017). *Chronic sorrow in family members of addicts: An investigation of partners of addicts and divorcees to explore chronic sorrow as a theoretical understanding of the experiences of family members of addicts* [Doctoral dissertation, The College of William and Mary]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 10244450).
- Meleski, D. D. (2002). Families with chronically ill children: A literature review examines approaches to helping them cope. *American Journal of Nursing*, 102(5), 47–54.
- Melnik, B. M., Feinstein, N. F., Moldenhauer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, 27(6), 548–558.

- Mercer, C. J. (2015). The impact of non-motor manifestations of Parkinson's disease on partners: Understanding and application of chronic sorrow. *Journal of Primary Health Care*, 7(3), 221–227.
- Monsson, Y. (2010). *The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder* [Doctoral dissertation, University of Kansas]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3427754).
- Nanda, I. S. (2014). *Nursing diagnoses 2015-17: Definitions and classification*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://ebookcentral.proquest.com>.
- Neilsen, C. M. (2013). *Chronic sorrow and illness ambiguity in caregivers of children with sickle cell disease* [Master's thesis, Michigan State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 1549789).
- Nikfarid, L., Rassouli, M., Borilmnejad, L., & Alavimajd, H. (2015). Chronic sorrow in mothers of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology*, 32(5), 314–319.
- Nikfarid, L., Rassouli, M., Borilmnejad, L., & Alavimajd, H. (2017). Experience of chronic sorrow in mothers of children with cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 98–106.
- Northington, L. K. (2000). Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23(3), 141–154.
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to a mentally defective child. *Social Casework*, 43(4), 191–193.
- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sany, I. (2015). Chronic sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika mental hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 43–48.
- Olwit, C., Mugaba, M., Osinguda, C. P., & Nabirye, R. C. (2018). Existence, triggers and coping with chronic sorrow: A qualitative study of caretakers of children with sickle cell disease in a National Referral Hospital in Kampala, Uganda. *BMC Psychology*, 6, 50.
- Parrish, R. N. (2010). *Mothers' experiences raising children who have multiple disabilities and their perceptions of the chronic sorrow phenomenon* [Unpublished doctoral dissertation]. Greensboro, North Carolina: University of North Carolina, Greensboro.
- Patrick-Ott, A., & Ladd, L. D. (2010). The blending of boss's concept of ambiguous loss and Olshansky's concept of chronic sorrow: A case study of a family with a child who has significant disabilities. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(1), 74–86.
- Pejler, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*, 9(4), 194–204.
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, 46(1), 29–36.
- Rosshiem, B. N., & McAdams, C. R. I. (2010). Addressing the chronic sorrow of long-term spousal caregivers: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 88(4), 477–482.
- Scornaienchi, J. M. (2003). Chronic sorrow: One mother's experience with two children with lissencephaly. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(6), 290–294.
- Shumaker, D. (1995). *Chronic sorrow in mothers of children with cystic fibrosis* [Unpublished master's thesis]. Memphis: Tennessee: University of Tennessee, Memphis.
- Smith, C. S. (2007). Coping strategies of female victims of child abuse in treatment for substance abuse relapse: Their advice to other women and healthcare professionals. *Journal of Addictions Nursing*, 18(2), 75–80.
- Smith, C. S. (2009). Substance abuse, chronic sorrow, and mothering loss: Relapse triggers among female victims of child abuse. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(5), 401–412.
- Vitale, S. A., & Falco, C. (2014). Children born prematurely: Risk of parental chronic sorrow. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(3), 248–251.
- Wee, D. (2010). *Acceptability of Stepping Stones Triple P Parenting Program as well as the experience of chronic sorrow and use of coping strategies among parents of children with cerebral palsy: A focus group and survey study* [Unpublished doctoral dissertation]. Brisbane, Australia: University of Queensland. <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:222537>.
- Whittingham, K., Wee, D., Sanders, M. R., & Boyd, R. (2013). Predictors of psychological adjustment, experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents of children with cerebral palsy. *Child: Care, Health & Development*, 39(3), 366–373.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Artículos de revistas

- Burke, M. L., Eakes, G. G., & Hainsworth, M. A. (1999). Milestones of chronic sorrow: Perspectives of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. *Journal of Family Nursing*, 5(4), 374–387.
- Burke, M. L., Hainsworth, M. A., Eakes, G. G., & Lindgren, C. L. (1992). Current knowledge and research on chronic sorrow: A foundation for inquiry. *Death Studies*, 16(3), 231–245.
- Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow: A response to living with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1327–1334.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77–84.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-range theory of chronic sorrow. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 179–184.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1999). Chronic sorrow: The experiences of bereaved individuals. *Illness, Crisis & Loss*, 7(2), 172–182.

- Eakes, G. G., Hainsworth, M. E., Lindgren, C. L., & Burke, M. L. (1991). Establishing a long-distance research consortium. *Nursing Connections*, 4(1), 51–57.
- Hainsworth, M. A. (1994). Living with multiple sclerosis: The experience of chronic sorrow. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(4), 237–240.
- Hainsworth, M. A. (1995). Helping spouses with chronic sorrow related to multiple sclerosis. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(7), 29–33.
- Hainsworth, M. A., Busch, P. V., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1995). Chronic sorrow in women with chronically mentally disabled husbands. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(4), 120–124.
- Hainsworth, M. A., Burke, M. L., Lindgren, C. L., & Eakes, G. G. (1993). Chronic sorrow in multiple sclerosis: A case study. *Home Healthcare Nurse*, 11(2), 9–13.
- Hainsworth, M. A., Eakes, G. G., & Burke, M. L. (1994). Coping with chronic sorrow. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(1), 59–66.
- Lindgren, C. L. (1996). Chronic sorrow in persons with Parkinson's and their spouses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(4), 351–370.
- Lindgren, C. L., Burke, M. L., Hainsworth, M. A., & Eakes, G. G. (1992). Chronic sorrow: A lifespan concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 27–42.

Tesis doctorales

- Burke, M. L. (1989). Chronic sorrow in mothers of school-age children with a myelomeningocele disability [Doctoral dissertation, Boston University]. *Dissertation Abstracts International*, 50, 233–234B.

Fuentes secundarias

Libros

- Roos, S. (2002). *Chronic sorrow: A living loss*. New York: Brunner-Routledge.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

Capítulos de libros

- Roos, S. (2010). The long road to relevance: Disability, chronic sorrow, and shame. In J. Kauffman (Ed.), *The shame of death, grief and trauma* (pp. 171–197). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Artículos de revistas

- Breen, L. J. (2009). Early childhood service delivery for families living with childhood disability: Disabling families through problematic implicit ideology. *Australasian Journal of Early Childhood*, 34(4), 14–21.
- Churchill, S. S., Villareale, N. L., Monaghan, T. A., Sharp, V. L., & Kieckhefer, G. M. (2010). Parents of children with special health care needs who have better coping skills have fewer depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 14(1), 47–57.
- Kohlenberg, E., Kennedy-Malone, L., Crane, P., & Letvak, S. (2007). Infusing gerontological nursing content into advanced practice nursing education. *Nursing Outlook*, 55(1), 38–43.

- Richardson, M., Cobham, V., Murray, J., & McDermott, B. (2011). Parents' grief in the context of adult child mental illness: A qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 28–43.
- Whittingham, K., Wee, D., & Boyd, R. (2011). Systematic review of the efficacy of parenting interventions for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 37(4), 475–483.
- Zucker, D. M., Dion, K., & McKeever, R. P. (2015). Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 751–767.

Tesis doctorales

- Blair, M. B. (2010). *Quality of life despite back pain: A phenomenological study* [Doctoral dissertation, The University of Nebraska -Lincoln]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3427313).
- Casale, A. (2009). *Distinguishing the concept of chronic sorrow from standard grief: An empirical study of infertile couples* [Doctoral dissertation, New York University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3353016).
- Collins, R. C. (2008). *Raising an autistic child: Subjective experiences of fathers* [Doctoral dissertation, University of Maryland, Baltimore]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3303962).
- Davis, K. L. (2006). *The dynamic factors of chronic sorrow on the life experience of the caregivers of children with chronic mental illness* [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3222993).
- Freedberg, R. P. (2011). *Living with bipolar disorder: A qualitative investigation* [Doctoral dissertation, Western Michigan University]. ProQuest Dissertation & Theses Global (Publication No. 3480287).
- Hunter, S. E. (2010). *The emotional and interpersonal aspects of fertility damage and/or premature menopause from cancer treatments* [Unpublished doctoral dissertation]. New Zealand: University of Auckland. <https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/6870>.
- Kelly, M. D. (2010). *Factors that influence the utilization of primary care for children with special health care needs* [Doctoral dissertation, University of Massachusetts Lowell]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3410274).
- Kendall, L. C. (2005). *The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall Chronic Sorrow Instrument* [Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3196497).
- Masterson, M. K. (2010). *Chronic sorrow in mothers of adult children with cerebral palsy: An exploratory study* [Doctoral dissertation, Kansas State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3408137).
- Monsson, Y. (2010). *The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder* [Doctoral dissertation, University of Kansas]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 3427754).
- Neilsen, C. M. (2013). *Chronic sorrow and illness ambiguity in caregivers of children with sickle cell disease* [Master's thesis,

- Michigan State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 1549789).
- Northington, L. D. K. (1998). *Chronic sorrow in caregivers of school age children with sickle cell disease: A grounded theory approach* [Doctoral dissertation, Louisiana State University Health Sciences Center School of Nursing]. ProQuest Dissertations & Theses Global (Publication No. 9909078).
- Parrish, R. N. (2010). *Mothers' experiences raising children who have multiple disabilities and their perceptions of the chronic sorrow phenomenon* [Unpublished doctoral dissertation]. Greensboro, North Carolina: University of North Carolina, Greensboro.
- Wee, D. (2010). *Acceptability of Stepping Stones Triple P Parenting Program as well as the experience of chronic sorrow and use of coping strategies among parents of children with cerebral palsy: A focus group and survey study* [Unpublished doctoral dissertation]. Brisbane, Australia: University of Queensland. <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:222537>.



Phil Barker

Phil Barker: modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

Nancy Brookes

«Las enfermedades mentales o los trastornos psiquiátricos son "problemas de la vida humana"; las personas tienen dificultades para vivir consigo mismas o para convivir con otros en el mundo social. Una idea simple que se complica cuando intentamos comprometernos con ello. Las enfermeras intentan ayudar a las personas a abordar estos problemas para vivir, en un intento de sobrevivir con ellos. Otra simple idea que se complica a nivel de la práctica. Todo es paradoja. Si una persona tiene que "cuidar" de otra, lo primero que debe hacer es encontrar a dicha persona. Cabe anticipar que esto cause sorpresa, incluso frustración. Para ayudar a alguien a "crecer y desarrollarse" (la esencia de la función nutritiva de cuidado de la enfermería) primero debemos encontrarnos con "la persona". Esta "aproximación" es necesaria para que la enfermera comprenda las necesidades de la persona y esta pueda apreciar en qué forma aquella puede ayudarla.»

(P. Barker, comunicación personal, abril de 2016)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Phil Barker nació en Escocia, cerca del mar, y así comenzó su influencia e interés por el agua, la metáfora definitiva de la vida (Barker, 1996a, p. 239). Atribuye a su padre y a su abuelo «el calor de la crianza y la disciplina de los límites», que le ayudaron a apreciar que «la vida era una respuesta a la espera de la pregunta correcta», y él, igual que ellos, se convirtió en filósofo (Barker, 1999b, p. xii). La vida en este contexto contribuyó a su evidente e imperecedera curiosidad y a su interés por la filosofía del día a día. Barker se formó como pintor y escultor a mediados de los años sesenta y sigue pintando cuadros de palabras en forma de metáfora. Barker atribuye a la escuela de arte su introducción en el aprendizaje de la realidad, la realidad de la experiencia, que fue el centro de sus investigaciones filosóficas. Su fascinación por las filosofías orientales, que se inició en la escuela de arte, fluye a través del modelo de la marea con ecos de caos, incertidumbre, cambio y la idea china de la crisis como una oportunidad. Esta temprana implicación en las artes también ayuda a explicar la visión de Barker de la enfermería como el arte de cuidar (Barker, 2000c, 2000e; Barker y Whitehill, 1997).

El océano de experiencia de Barker tomó un nuevo rumbo en 1970, cuando aceptó un puesto como auxiliar en el manicomio local. Su fascinación por la dimensión humana, la experiencia vivida y las historias de personas con malestar psíquico le llevó a trasladar su interés de las artes y las humanidades a la enfermería. Poco después de su diplomatura en 1974, Barker estudió y puso en práctica varias psicoterapias como la terapia conductual cognitiva y la terapia familiar y de grupo. Su investigación doctoral, iniciada en 1980, incluyó un trabajo conductual cognitivo con un grupo de mujeres con depresión (Barker, 1987). Sin embargo, hacia esta época, Barker comenzó a sentirse incómodo con la aplicación de terapias en personas que experimentaban problemas con su forma de vida, y en su interior reemergió el «principio de incertidumbre». Su curiosidad acerca de la vida y los individuos suscitó preguntas sobre la resistencia y la integridad de las personas con las cuales trabajaba. En lugar de limitarse a «cuidarlas» o «tratarlas», aprendió lo que llevaba a que esas personas padecieran su sufrimiento. Se preguntó qué significaba para ellas la recuperación. Reaparecieron preguntas en torno a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es ser una persona?
- ¿Cuál es el enfoque propio de la enfermería?
- ¿Para qué son necesarias las enfermeras?

Mientras ejerció como primer profesor de Práctica de Enfermería Psiquiátrica en el Reino Unido en la Universidad de Newcastle, cargo que asumió en 1993, estas cuestiones enmarcaron su programa de investigación y culminaron en el desarrollo del modelo de la marea. Como primer profesor de Práctica de Enfermería Psiquiátrica en el Reino Unido, Barker rompió el convencional molde «académico» al mantener su implicación en la práctica que lo llevó directamente al desarrollo del modelo de la marea. A lo largo de su carrera como enfermero, Barker se ha preguntado por el enfoque adecuado de la enfermería psiquiátrica y por el papel de los cuidados, la compasión, la comprensión y el valor a la hora de ayudar a las personas que experimentan un sufrimiento extremo, la pérdida del yo o una crisis espiritual (Barker, 1999b). La teoría del conocimiento es la base del modelo de la marea.

Barker ha publicado sobre temas relacionados con la enfermería psiquiátrica y la salud mental desde 1978. Prolífico autor, ha publicado 19 libros, más de 50 capítulos de libros y más de 150 artículos. Barker ha sido profesor visitante en universidades internacionales en Australia (Sídney), Europa (Barcelona) y Japón (Tokio), y en el Trinity College de Dublín. Actualmente es profesor honorario de la University of Dundee en Escocia y trabaja como psicoterapeuta privado.

Con su esposa y compañera de profesión, Poppy Buchanan-Barker, Barker ha dirigido talleres y seminarios centrados en la recuperación en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Japón, Finlandia, Dinamarca, Turquía, Alemania, Irlanda, Suecia, Singapur y el Reino Unido. Han desarrollado aún más el paradigma de recuperación en la Clan Unity, su consultoría internacional sobre recuperación mental en Escocia.

FUENTES TEÓRICAS

El modelo de la marea se centra en los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, es de aplicación universal y constituye una guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de salud mental (Barker, 2001b). La teoría es radical en su reconceptualización de los problemas de salud mental como inequívocamente *humanos*, más que psicológicos, sociales o físicos (Barker, 2002b). El Modelo de la marea «destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través del trabajo colaborativo, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de empoderamiento activo, establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria» (Barker, 2000e, p. 4). Busca resolver problemas y promover la salud mental a través de métodos narrativos (Stevenson et al., 2002, p. 272).

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación de la salud mental. No es un modelo de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental, aunque las personas descritas como mentalmente enfermas necesitan y reciben cuidados. El modelo de la marea es una visión del mundo que ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede

significar la salud mental para una persona y cómo se puede ayudar a la persona para iniciar el complejo viaje de la recuperación. El modelo de la marea no es prescriptivo. Más bien es un conjunto de principios, los diez compromisos de la marea, que sirven de brújula metafórica para el profesional (Buchanan-Barker y Barker, 2005, 2008). Orientan a la enfermera en el desarrollo de respuestas para cumplir las necesidades individuales y contextuales de la persona que ahora es el paciente. La experiencia del malestar psíquico siempre se describe en términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar para representar los aspectos conocidos del estrés humano. El agua es «la metáfora central tanto de la experiencia vivida por la persona... como del sistema de cuidados que intenta amoldarse a la necesidad de cuidados de la persona» (Barker, 2000e, p. 10).

Barker describe un «temprano interés por el contenido humano de la angustia mental... y un interés por la experiencia humana (fenomenológica) de la angustia», vista en contextos y conjuntos más que en partes aisladas (Barker, 1999b, p. 13). La naturaleza «completa» del ser humano está «representada en los planos físico, emocional, intelectual, social y espiritual» (Barker, 2002b, p. 233). Este interés fenomenológico domina el modelo de la marea con un énfasis en la experiencia vivida de las personas, sus historias (repletas de metáforas) y las intervenciones narrativas. Las enfermeras se reúnen e interactúan con las personas con cuidado y sensibilidad en un «espacio sagrado» (Barker, 2003a, p. 613).

Una característica de la práctica enfermera de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de una auténtica relación de colaboración con los usuarios de los servicios de salud mental. En la década de 1980, desarrolló el concepto de cuidar personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau (1969). Barker desarrolló este concepto durante la década de 1990 en una relación de trabajo con la Dra. Irene Whitehill y otras personas que utilizaban los servicios de salud mental (Barker y Whitehill, 1997). Esto condujo a la necesidad de realizar estudios de enfermería y de empoderamiento, así como al compromiso de publicar las historias de la experiencia de locura de las personas y su viaje hacia la recuperación, junto con los significados personales y espirituales (Barker y Buchanan-Barker, 2004b; Barker et al., 1999a, 1999b). Barker consiguió el apoyo de la Dra. Whitehill y otros consultores de usuarios y consumidores para evaluar si los procesos originales del modelo de la marea eran fáciles de utilizar. Esto es una característica distintiva del desarrollo continuo del modelo.

La prolongada apreciación de Barker por las filosofías orientales impregna su obra. El trabajo de Shoma Morita es un ejemplo concreto de cómo los supuestos filosóficos del budismo zen se integran con la psicoterapia (Morita et al., 1998). La máxima de Morita, «haz lo que tengas que hacer», resuena en muchas de las actividades prácticas del modelo de la marea. En contraste con el estilo de resolución de problemas

de los occidentales, Morita creía que lo importante debería ser dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es mi objetivo en la vida?
- ¿Qué hay que hacer ahora?

Las personas tienen la capacidad de vivir y crecer a través del sufrimiento, haciendo lo que tienen que hacer. En personas con un estrés agudo, especialmente con riesgo para ellos mismos y los demás, es importante que las enfermeras se relacionen directamente con la experiencia continua de la persona. Originalmente, Barker denominó a este proceso **compromiso**, pero ha redefinido el proceso interpersonal específico como **punteo**, un proceso humano de apoyo necesario para llegar a las personas que sufren. Esto subraya la necesidad de construir creativamente un medio para llegar a la persona, cruzando durante el proceso las turbias aguas del malestar psíquico (Barker y Buchanan-Barker, 2004b).

El modelo de la marea puede verse a través de la lente del constructivismo social, reconociendo que hay múltiples formas de entender el mundo. El significado emerge a través de las complejas redes de interacción, relaciones y procesos sociales. El conocimiento no existe independientemente del conocedor, y todo conocimiento está ubicado (Stevenson, 1996). El cambio es la única constante, dado que el significado y las realidades sociales se renegocian o construyen constantemente a través del lenguaje y la interacción. Barker cree que «todo lo que soy es historia: todo lo que podré ser alguna vez es historia». Cuando las personas intentan explicar a los demás *quiénes* son, cuentan historias sobre sí mismas y su mundo de experiencias, revisando, modificando y reescribiendo estas historias a través del diálogo. Barker habló por primera vez de esta idea en 1994 con su mentora, Hilda (Hildegard) Peplau, quien estuvo de acuerdo en que «las personas se inventan a sí mismas a medida que hablan» (Barker, 2003a; Barker y Buchanan-Barker, 2007b).

Barker atribuye a muchos pensadores influencias en su trabajo, empezando por Annie Altschul y Thomas Szasz. Su visión de los problemas de salud mental como *problemas vitales* y de que es inútil intentar «resolver los problemas de la vida», popularizada por Szasz (1961, 2000) y posteriormente por Podvoll (1990), es una perspectiva que prefiere al etiquetado diagnóstico y a la construcción biomédica de las personas y la enfermedad (Barker, 2001c, p. 215). «La vida no es un problema que hay que resolver, sino algo que hay que vivir de la forma tan inteligente, tan competente y tan buena como podamos, día tras día» (Miller y Miller, 1983, p. 290). El reto de la enfermería es ayudar a las personas a vivir de forma inteligente y competente.

El concepto de Travelbee (1969) sobre el *uso terapéutico del yo* fluye a través del modelo de la marea y ancla el enfoque propio de la enfermería. Las siguientes tres bases teóricas principales sustentan el modelo de la marea:

1. La teoría de las relaciones interpersonales de Peplau (1952, 1969).
2. La teoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental derivada de los estudios Need for Nursing.
3. Empoderamiento en las relaciones interpersonales.

El énfasis pragmático en los enfoques basados en las fortalezas y centrados en las soluciones reconoce la importante influencia de la terapia centrada en las soluciones de De Shazer, aunque puede que no haya soluciones para los problemas de la vida, sino simplemente estrategias pragmáticas para vivir con dichos problemas. La influencia de Webster y sus colaboradores, que introdujeron las ideas de De Shazer en la práctica de la enfermería, configuró de forma significativa el desarrollo del modelo de la marea (Webster et al., 1994). La influencia de De Shazer (1994) es evidente cuando el cambio y la intervención «se reducen a historias sobre la narración de historias, la configuración y la remodelación de historias para que las personas con problemas cambien su historia» (p. xvii).

El modelo de la marea extrae su metáfora filosófica principal de la teoría del caos, en la que la «naturaleza imprevisible y a la vez limitada de la conducta y la experiencia humanas puede compararse con el flujo y la fuerza del agua» (Barker, 2000b, p. 54). En constante flujo, las mareas van y vienen, mostrando patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados (Vicenzi, 1994). Barker (2000b) reconoce la «complejidad [del] universo interno de la experiencia humana y del universo externo, que está, paradójicamente, dentro y más allá del individuo, al mismo tiempo» (p. 52). En esta perspectiva compleja, no lineal, pequeños cambios crean cambios imprevisibles más adelante, un mensaje optimista que se dirige a las enfermeras y a las personas para identificar pequeños cambios y variaciones. Barker invita a las enfermeras a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre. «Saber que el cambio es constante», uno de los diez compromisos de la marea, identifica y celebra el cambio en las personas, las circunstancias, las relaciones y las organizaciones (Barker, 2003b; Buchanan-Barker y Barker, 2008).

Annie Altschul, «la gran dama de la enfermería psiquiátrica británica» (Barker, 2003a, p. 12), e Hilda (Hildegard) Peplau fueron las mentoras de Barker. La influencia de Altschul, especialmente su apreciación inicial de la teoría de sistemas, se evidencia en el modelo de la marea, igual que su interés por el conocimiento más que por la explicación del malestar psíquico, y su creencia de que las personas necesitan ayudas más directas de lo que las teorías psiquiátricas sugieren. Barker atribuye a Peplau el haberse convertido en «un defensor de la enfermería como actividad terapéutica por derecho propio» (Barker, 2000a, p. 617). Peplau introdujo su paradigma interpersonal para el estudio y la práctica de la enfermería a principios de la década de 1950 y definió la enfermería como «un proceso significativo, terapéutico e interpersonal» (Peplau, 1952, p. 16). Barker pone de relieve que las anotaciones de la historia deben ser registradas con la voz de la propia persona, avanzando así en la apreciación del proceso interpersonal de Peplau.

El marco de interacciones derivado empíricamente sugiere que es posible mejorar la situación y la forma de vida de la persona, y que es mejor aprovechar los puntos fuertes que centrarse en los problemas. La colaboración es la clave, la participación es el camino y la autodeterminación es el

objetivo final (Barker y Buchanan-Barker, 2004a; Barker et al., 2000). La base firme del modelo de la marea destaca la investigación y los resultados, y la identificación de recursos. La teoría integra la necesidad de Baker de estudios de enfermería, de colaboración, de delegación de poder, de relaciones interpersonales, de historia, de métodos basados en la fuerza y orientados a soluciones, y es sistémica. En la evaluación holística, las enfermeras exploran los problemas o necesidades actuales de la persona, la magnitud de estos problemas o necesidades, lo que hay actualmente en la vida de la persona

que podría contribuir a resolver los problemas o a satisfacer las necesidades, y lo que debe ocurrir para lograr el cambio (Barker, 2000e; Barker y Buchanan-Barker, 2007a). Las enfermeras ayudan a identificar y movilizar los puntos fuertes y los recursos de la persona, y los objetivos de la persona dirigen el trabajo del equipo sanitario (Barker, 2000e; Stevenson et al., 2003). Es una reestructuración significativa de la imagen de la persona cuidada y el verdadero objetivo de la enfermería. Los diez compromisos del modelo de la marea apoyan esta perspectiva y dirección (cuadro 32.1).

CUADRO 32.1 Los diez compromisos del modelo de la marea: valores esenciales del modelo de la marea

El modelo de la marea se basa en valores sobre la *relación* con las personas. Esto enmarca nuestros esfuerzos por ayudar a los demás en su momento de sufrimiento. Estos valores reflejan una filosofía de cómo esperaríamos que nos trataran si nos encontramos con un malestar o dificultad en nuestras vidas. A medida que más personas en el mundo han participado en la exploración del modelo de la marea para su trabajo en diferentes ámbitos, es más evidente la necesidad de reafirmar los valores fundamentales del modelo de la marea. Hemos llegado a apreciar cómo *tanto* el «cuidador» (ya sea un profesional, un amigo o un compañero de viaje) *como* la persona necesitan *comprometerse* a cambiar, que es lo que les une. Los *diez compromisos del modelo de la marea* destilan la esencia de la base de valores del modelo de la marea. Estos compromisos tienen que estar bien ubicados en cualquier equipo o profesional individual que quiera desarrollar la práctica del modelo de la marea.

1. **Valorar la voz:** la historia de la persona es el punto de partida y de llegada de todo el proceso de ayuda, que abarca no solo el relato de la angustia de la persona, sino también la esperanza de su resolución. La historia se explica por la voz de la experiencia. Tratamos de alentar la verdadera voz de la persona, en lugar de reforzar la voz de la autoridad. Tradicionalmente, la historia de la persona se «traduce» en un relato profesional en tercera persona. Esto se convierte no tanto en la historia de la persona (*mi* historia) como en la visión de la historia por parte del equipo profesional (*historia*). El modelo de la marea pretende ayudar a las personas a desarrollar sus propios y singulares relatos narrativos en una versión formalizada de «mi historia», garantizando que todas las evaluaciones y registros de los cuidados se escriban con la propia «voz» de la persona. Si la persona no puede o no desea escribirlo por sí misma, la enfermera registra lo que han acordado conjuntamente que es importante —escribiéndolo en la «voz» de la persona—.
2. **Respetar el lenguaje:** las personas desarrollan formas únicas de expresar las historias de su vida, representando para los demás lo que solo la persona puede conocer. El lenguaje de la historia —completada con su gramática

inhabitual y metáforas personales— es el medio ideal para iluminar el camino a la recuperación. Animamos a las personas a hablar con sus propias palabras, con su voz característica.

Las historias escritas sobre los pacientes por los profesionales se enmarcan tradicionalmente en el arcano lenguaje técnico de la medicina psiquiátrica o la psicología. Lamentablemente, las personas suelen describirse a sí mismas en el lenguaje exclusivo de los profesionales que las han diagnosticado. Al valorar —y al utilizar— el lenguaje natural de la persona, el profesional del modelo de la marea transmite el respeto más simple, aunque más potente, por la persona.

3. **Desarrollar una curiosidad genuina:** la persona escribe la historia de su vida, pero en ningún sentido es un «libro abierto». Nadie puede conocer la experiencia de otra persona. En consecuencia, los profesionales deben manifestar un interés genuino por la historia para poder comprender mejor al narrador y la historia. A menudo, los profesionales solo se interesan por «lo que está mal» en la persona o por seguir determinadas líneas de investigación profesional; por ejemplo, buscar «signos y síntomas». La curiosidad genuina refleja un interés por la persona y su experiencia única, a diferencia de simplemente clasificar y agrupar características.
4. **Convertirse en el aprendiz:** la persona es el experto mundial en la historia de la vida. Los profesionales pueden aprender algo del poder de esa historia, pero solo si se aplican de forma diligente y respetuosa a la tarea de convertirse en el aprendiz. Tenemos que aprender de la persona lo que hay que hacer, en lugar de dirigirla. Los profesionales suelen hablar «como si» conocieran a la persona mejor que a ellos mismos. Como observó Szasz: «¿Cómo se puede saber más de una persona después de verla durante solo unas horas, unos días o incluso unos meses de lo que se conoce a sí mismo? ¡Lleva conociéndose mucho más tiempo! La idea de que la persona sigue siendo totalmente dueña de sí misma es una premisa fundamental» (Szasz, 2000).

CUADRO 32.1 Los diez compromisos del modelo de la marea: valores esenciales del modelo de la marea (cont.)

5. **Utilizar el conjunto de herramientas disponibles:** la historia contiene ejemplos de «lo que ha funcionado» o creencias sobre «lo que podría funcionar» para esta persona en el futuro. Son las principales herramientas para desbloquear o crear la historia de la recuperación. El equipo de herramientas profesional —expresado habitualmente a través de ideas como «práctica basada en la evidencia»— describe lo que ha funcionado en otras personas. Aunque es potencialmente útil, solo debe utilizarse si el conjunto de herramientas de que dispone la persona resulta insuficiente.
6. **Crear el paso siguiente:** el cuidador profesional y la persona trabajan juntos para construir una apreciación de lo que hay que hacer «ahora». El «primer paso» es crucial, muestra el poder de cambio y apunta potencialmente hacia el objetivo final de la recuperación. Lao Tzu dijo que el viaje de miles de kilómetros empieza con un paso. Este modelo iría más allá: todo viaje comienza en la *imaginación*. Es importante imaginar —o prever— que avanzamos. Trabajar un paso más allá recuerda a los profesionales de enfermería la importancia de trabajar con la persona en el «yo ahora»: estudiar qué debe hacerse ahora, ayudar a avanzar hasta el siguiente paso.
7. **Regalar tiempo:** aunque el tiempo es en gran parte una ilusión, no hay nada más valioso. Con frecuencia, los profesionales se quejan de no tener suficiente tiempo para trabajar de forma constructiva con la persona. Aunque quizá realmente no pueden «fabricar» tiempo a través de la atención creativa a su trabajo, los profesionales con frecuencia encuentran el tiempo para hacer «lo que debe hacerse». En este caso, lo que está en juego es la relación del profesional con el concepto del tiempo, más que el tiempo en sí mismo (Jonsson, 2005). Al final, el tiempo dedicado a la comunicación interpersonal constructiva es un don —para ambas partes—. No hay nada más valioso que el tiempo que el cuidador y la persona pasan juntos.
8. **Revelar la sabiduría personal:** solo la persona puede conocerse a sí misma. La persona desarrolla un potente almacén de sabiduría al escribir la historia de su vida. A menudo, las personas no encuentran las palabras para expresar plenamente la multitud, la complejidad o la inefabilidad de su experiencia, e invocan poderosas metáforas personales para transmitir algo de su experiencia (Barker, 2002b). Una tarea clave para el profesional es ayudar a la persona a revelar y llegar a valorar esa sabiduría para poder utilizarla como apoyo de la persona a lo largo del viaje de recuperación.
9. **Saber que el cambio es constante:** el cambio es inevitable porque el cambio es constante para todas las personas. Sin embargo, aunque el cambio es inevitable, el crecimiento es opcional. Deben tomarse decisiones y elecciones si tiene lugar el crecimiento. La tarea del cuidador profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y apoyar a la persona en la toma de decisiones respecto al curso del viaje de la recuperación. En particular, las enfermeras ayudan a la persona a alejarse del peligro y el sufrimiento, manteniéndose en el camino de la regeneración y la recuperación.
10. **Ser transparente:** si el profesional y la persona quieren convertirse en un equipo, cada uno debe dejar sus «armas». En el proceso de escribir la historia, la pluma del profesional puede acabar siendo, con demasiada frecuencia, un arma: escribir una historia que corre el riesgo de inhibir, restringir y delimitar las elecciones vitales de la persona. Los profesionales están en una posición privilegiada y deben modelar la confianza siendo transparentes en todo momento, ayudando a la persona a comprender exactamente qué se está haciendo y por qué. Al mantener el uso del lenguaje propio de la persona, y al completar todas las evaluaciones y los registros del plan de cuidados juntos (*in vivo*), la naturaleza colaboradora de la relación profesional-persona se vuelve aún más transparente.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La prolongada curiosidad de Barker por la naturaleza y el enfoque de la enfermería psiquiátrica y por las historias de las personas que reciben los cuidados le llevó a desarrollar una construcción teórica de la enfermería psiquiátrica, o una metateoría, que podría explorarse más a fondo mediante la investigación empírica (Barker et al., 1997, p. 663). En 5 años, desde 1995, el equipo de investigación de Newcastle y North Tyne-side analizó lo que pueden necesitar de las enfermeras las personas con problemas de experiencias vividas. Empezaron a utilizar sus primeros hallazgos en 1997 como base para el desarrollo del modelo de la marea. Barker es partidario de aprender, utilizar e integrar la teoría y la investigación existentes, así

como la experiencia de la realidad, la evidencia del más «real» de los mundos reales (Barker y Jackson, 1997).

El poder de la relación enfermera-paciente demostrado a través de la investigación pionera de Altschul a principios de la década de 1960 y el paradigma de Peplau sobre las relaciones interpersonales contribuyen a la base empírica del modelo de la marea. El estudio de Altschul sobre la interacción enfermera-paciente en la década de 1960 proporcionó una base empírica a la naturaleza compleja, aunque paradójicamente ordinaria, de la relación (Barker, 2002a). El estudio de Altschul de equipos comunitarios en los años ochenta planteó cuestiones sobre el «objetivo propio de la enfermería» y la «necesidad de la enfermería», y Altschul y Peplau proporcionaron pruebas relacionadas con el trabajo del equipo interprofesional.

Dos de los estudios que generaron la teoría de Baker proporcionaron la base empírica para el modelo de la marea. Los estudios Need for Nursing (Barker et al., 1999b, 1999c) examinaron las percepciones de los usuarios de los servicios, de los seres queridos, de los miembros de los equipos interprofesionales y de las enfermeras. Pretendían aclarar los distintos papeles y funciones de la enfermería dentro de un proceso de atención y tratamiento interprofesional y conocer lo que la gente valora en las enfermeras (Barker, 2001c, p. 215). Demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. La aceptación de las relaciones interpersonales especiales entre las enfermeras y las personas fue universal, haciéndose eco del trabajo de Peplau (1952). «Conociéndote, conociéndome» apareció como el concepto clave en estos estudios. Se espera que la enfermera aprenda y sepa lo que la persona quiere aunque no lo verbalice o no esté claro, y las necesidades cambian constantemente (Jackson y Stevenson, 2004, p. 35). La función de la enfermería profesional se describe en tres roles identificados como: 1) yo cotidiano; 2) yo pseudocotidiano o yo autogenerador, y 3) yo profesional. Las relaciones son fluidas y requieren habilidades que combinen actuaciones altamente profesionales con las más cotidianas del yo. Las relaciones difieren en función de la función requerida (Jackson y Stevenson, 1998, 2000). El «pseudocotidiano o yo autogenerador se asemeja a un balancín» (Jackson y Stevenson, 2004, p. 41). A veces las personas necesitan que alguien las cuide, y otras veces alguien a quien cuidar (Barker et al., 1999b, 1999c). Los estudios sugerían que las enfermeras responden sensiblemente a las necesidades humanas rápidamente fluctuantes de las personas y sus familias.

Tienen que sintonizar con lo que hay que hacer en cada momento para satisfacer las necesidades de la persona (Barker, 2000e). Las enfermeras son traductoras de la persona ante el equipo encargado del tratamiento y el pago que mantiene unido el sistema (Stevenson y Fletcher, 2002, p. 30).

El segundo estudio se centró en la naturaleza del empoderamiento y en cómo este se pone en práctica en la relación entre las enfermeras y las personas que reciben los cuidados, y dio como resultado el modelo de interacciones de empoderamiento (Barker et al., 2000). Se desarrolló con la técnica del incidente crítico de Flanagan (Flanagan, 1954) dentro de un método de indagación cooperativa (Heron, 1996), utilizando un enfoque de teoría fundamentada modificado (Glaser y Strauss, 1967). El estudio desarrolló los supuestos de Peplau sobre la importancia de las transacciones interpersonales específicas y proporcionó una guía y estrategias para las enfermeras en las relaciones cooperativas enfermera-persona. Entre las estrategias están las siguientes:

- Respetar los conocimientos y la experiencia de las personas sobre su propia salud y enfermedad.
- Situar a la persona en el asiento del conductor en relación con la interacción.
- Pedir permiso para explorar la experiencia de la persona.
- Valorar la contribución de la persona.
- Utilizar la curiosidad como forma de validar la experiencia de la persona.
- Encontrar un lenguaje común para describir la situación.
- Hacer balance de la situación.
- Revisar en colaboración y alentar la esperanza a través del diseño de un futuro realista conjuntamente.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Base teórica del modelo de la marea*

El modelo de la marea parte de cuatro puntos sencillos:

1. El enfoque terapéutico principal en el cuidado de la salud mental se encuentra en la comunidad. La vida natural de una persona es un «océano de experiencia». La crisis psicológica es solo una entre muchas cosas que puede amenazar con «hundirlas». Al final, el objetivo del cuidado de la salud mental es devolver a las personas a ese «océano de experiencia», para que puedan continuar en su viaje de vida.
2. El cambio es un proceso constante y continuo. Aunque las personas cambian constantemente, esto puede ocurrir más allá de su conciencia. Uno de los principales objetivos de los abordajes utilizados en el modelo de la marea es ayudar a las personas a desarrollar una concienciación de los pequeños cambios que, en última instancia, tendrán un gran efecto en sus vidas.
3. El empoderamiento está en el centro del proceso de atención. Las personas ya tienen su propio «poder», y los profesionales de enfermería deben ayudar a las personas a «arrancar», para que puedan utilizar su propio poder

personal para hacerse más cargo de sus vidas, utilizándolo de maneras constructivas.

4. La enfermera y la persona se unen (aunque temporalmente) como bailarines en una danza. Cuando se producen unos cuidados de enfermería eficaces, como podría haber señalado Yeats (1928), «¿cómo distinguir al bailarín de la danza?». Esto recuerda a los profesionales de enfermería que los encuentros genuinos con los cuidados implican «cuidar con» la persona, no solo «cuidar sobre» la persona o hacer cosas que sugieren que los profesionales de enfermería «cuidan de» ellas.

Los tres dominios: un modelo de la persona*

En el modelo de la marea, la persona está representada por tres dominios personales: *el yo*, *el mundo* y *los demás*. Un **dominio** es una esfera de control o influencia, un lugar donde la persona experimenta o manifiesta aspectos de la vida privada o pública. De forma simple, un dominio es el lugar donde alguien vive.

Los dominios son como el domicilio particular de la persona. Su casa o piso tiene varias habitaciones, pero la persona

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

no se encuentra en cada una de estas habitaciones al mismo tiempo, sino que a veces la persona está en una habitación y a veces en otra. Los dominios personales son similares. A veces, la persona está principalmente en el dominio del yo y, otras veces, principalmente en los dominios del mundo o de los demás.

El **dominio del yo** es el lugar privado en el que la persona experimenta pensamientos, sentimientos, creencias, valores e ideas que solo ella conoce. En este mundo privado, se sufre primero el malestar llamado «enfermedad mental». Todas las personas mantienen en secreto gran parte de su mundo privado y revelan a los demás solo lo que ellas quieren. Este es el motivo por el que las personas con frecuencia son un misterio para otros, incluso cuando son amigos íntimos o familiares.

En el modelo de la marea, el dominio del yo se convierte en el centro de los intentos de la enfermera por ayudar a la persona a sentirse segura y protegida, para tratar de ayudar a la persona a abordar y empezar a tratar los miedos privados, las ansiedades y otras amenazas para la estabilidad emocional relacionadas con problemas vitales específicos. El objetivo principal es desarrollar una relación puente y ayudar a la persona a desarrollar un plan de seguridad personal significativo. Este trabajo es la base para el desarrollo del programa de autoayuda de la persona, que la ayude a volver a su vida diaria.

El **dominio del mundo** es el lugar donde la persona comparte algunas de las experiencias del dominio del yo con otras personas del mundo social de la persona. Cuando las personas hablan con los demás sobre sus pensamientos, sentimientos, creencias u otras experiencias privadas que solo ellas conocen, van al dominio del mundo. En el modelo de la marea, el *dominio del mundo* es el centro de los esfuerzos por comprender a la persona y sus problemas vitales. Esto se lleva a cabo con el uso de la valoración holística. Aquí, intentamos ayudar a la persona para que empiece a identificar y abordar problemas específicos de la vida cotidiana mediante sesiones individualizadas.

En el **dominio de los demás**, las personas actúan en la vida cotidiana con otras personas, como la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los profesionales. La persona se embarca en diferentes encuentros interpersonales y sociales, en los que la persona puede estar influida por otros y, a su vez, puede influir en los demás. En el dominio de los demás se encuentra la organización y la prestación de cuidados profesionales y otras formas de apoyo. Sin embargo, el centro de interés clave del modelo de la marea son formas específicas de trabajo en grupo orientadas al descubrimiento, el intercambio de información y la búsqueda de soluciones.

Al participar en estos grupos, la persona desarrolla la conciencia del valor del apoyo social, que puede recibir de los demás y dar a los demás. Esta será la base de la apreciación por la persona del valor del apoyo mutuo, al que puede accederse en la vida diaria.

El agua: una metáfora*.*

El *modelo de la marea* pone de relieve la imprevisibilidad de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua. La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano –incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad– comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo del océano de experiencias. En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir tempestades o piratería. El barco puede empezar a hacer aguas, y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse o naufragar. La persona puede tener que ser guiada a un puerto seguro, someterse a reparaciones o recuperarse de un trauma. Una vez el barco está intacto o la persona se ha vuelto a acostumbrar al movimiento del barco, puede volver a empezar el viaje, ya que establece de nuevo un trayecto en el océano de la experiencia.

Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de una crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta difícil situación humana. Las «tempestades» son una metáfora para los problemas de la vida; la «piratería» evoca la experiencia de una violación o el «asalto del yo» que puede producir un malestar grave. Muchos usuarios describen la naturaleza arrolladora de la experiencia del malestar como algo parecido a «ahogarse» y, con frecuencia, acaba en un «naufragio» metafórico en las costas de una unidad psiquiátrica de pacientes agudos. Un «rescate psiquiátrico» adecuado debe parecerse a un «salvavidas», y debería llevar a la persona a un «puerto seguro» donde pueda realizarse el trabajo de reparación humana necesario.

Principios rectores*

1. Creencia en la virtud de la curiosidad: la persona es la autoridad mundial sobre su vida y sus problemas. Al expresar la curiosidad genuina, el profesional puede aprender algo del «misterio» de la historia de la persona.
2. Reconocimiento del poder de los recursos: en lugar de centrarse en los problemas, las deficiencias y las debilidades, el modelo de la marea trata de descubrir los recursos de que dispone la persona (tanto personales como interpersonales) que pueden ayudarla en el viaje de recuperación.
3. Respetar los *deseos de la persona*, en lugar de mostrarse paternalista o sugerir que uno puede «saber qué es lo mejor» para la persona.
4. Aceptación de la **paradoja de la crisis** como oportunidad: los acontecimientos difíciles de la vida indican que hay que hacer algo. Esto podría ser una oportunidad para cambiar la dirección de la vida.
5. Reconocer que todos los objetivos, obviamente, *pertenecen a la persona*. Representan los pequeños pasos en el camino de la recuperación.
6. La virtud de perseguir la elegancia: los cuidados y el tratamiento psiquiátrico suelen ser complejos y desconcertantes. Deberían buscarse los medios más simples posible, que pueden aportar los cambios necesarios para que la persona siga adelante.

(Continúa)

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Lanzarse al agua: creencias de compromiso⁸

Cuando las personas experimentan un sufrimiento grave, a menudo tienen la sensación de ahogarse. En estas circunstancias necesitan un salvavidas. Desde luego, los salvavidas tienen que comprometerse con la persona –tienen que hacerse íntimos– para empezar el proceso de rescate. Para lanzarse al agua y empezar el proceso de compromiso los profesionales de enfermería tienen que creer lo siguiente:

- La recuperación es posible.
- El cambio es inevitable; nada es duradero.
- En última instancia, las personas saben lo que es mejor para ellas.
- Las personas poseen todos los recursos que necesitan para iniciar el camino hacia la recuperación.
- La persona es el maestro, y las enfermeras, las ayudantes, son los alumnos.
- Las enfermeras deben tener una curiosidad creativa para saber qué debe hacerse para ayudar a la persona ahora.

Filosofía terapéutica

1. *¿Por qué esto? ¿Por qué ahora?* El profesional de enfermería primero debe considerar por qué la persona tiene esta dificultad concreta de la vida ahora. El objetivo del cuidado está en lo que la persona está experimentando ahora y qué debe hacerse ahora para abordar y, es de esperar, resolver el problema.⁹
2. *¿Qué funciona?* El profesional de enfermería debe preguntar qué funciona (o podría funcionar) en la persona bajo las circunstancias actuales. Este es el objetivo de los cuidados centrados en la persona. Más que utilizar técnicas o métodos terapéuticos estandarizados, que pueden tener un valor general, el objetivo es identificar qué ha funcionado para la persona en el pasado o qué podría funcionar en la persona en un futuro inmediato, según su historia, personalidad y circunstancias vitales generales.

3. *¿Cuál es la teoría personal de la persona?* ¿Cómo entiende esta persona sus problemas? ¿Qué sentido tienen los problemas para la persona? Más que darle a la persona una interpretación profesionalizada de sus problemas en forma de teoría o diagnóstico, el profesional de enfermería intenta comprender cómo entiende la persona su experiencia. ¿Cuál es la teoría personal de la persona?

4. *¿Cómo limitamos las restricciones?* ¿Cuál podría ser el medio menos restrictivo para ayudar a la persona a abordar y resolver las dificultades? ¿Qué es lo mínimo que puede hacer la enfermera y cuánto podría aportar la propia persona para lograr un cambio significativo? Juntos, representan la intervención menos restrictiva.

Cuidado continuo

A medida que las necesidades fluyen con la persona a través de fronteras artificiales, la atención es fluida, con la intención de que la persona vuelva a su océano de experiencias dentro de su propia comunidad. Con el cuidado continuo, las personas pueden necesitar atención crítica o inmediata, de transición o de desarrollo. La atención práctica e inmediata aborda la búsqueda de soluciones a los problemas de la persona, generalmente a corto plazo, y se centra en lo que hay que hacer ahora. Las personas entran en el cuidado continuo para recibir atención inmediata cuando experimentan una crisis inicial de salud mental, posiblemente entrando en el sistema de salud mental por primera vez, o cuando se produce una crisis en personas ya familiarizadas con el sistema. Los cuidados de transición procuran un paso suave de un entorno a otro, cuando la persona pasa de una forma de atención a otra. En este caso, las responsabilidades de enfermería incluyen el enlace con los colegas y la participación de la persona en la transferencia de los cuidados. El otro extremo del continuo es el cuidado del desarrollo, en el que la atención se centra en un apoyo o intervención terapéutica más intensivos y a más largo plazo.

*Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007a). *The Tidal Model—Mental health recovery and reclamation* (pp. 30–31). Newport-on-Tay, Scotland: Clan Unity International.

⁸Barker, P. (2000). The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health care. *Nursing Philosophy*, 2(3), 213–223.

⁹Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 93–100.

⁸Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice*, 7(5), 18–20.

⁹Barker, P. J. (2000e). *The Tidal Model theory and practice* (pp. 22–24). Newcastle, UK: University of Newcastle.

PRINCIPALES PREMISAS

El modelo de las mareas se basa en dos supuestos básicos. Primero, el cambio es la única constante. Nada perdura. Toda experiencia humana comporta un flujo, y las personas cambian constantemente. Esto sugiere el valor de ayudar a las

personas a ser más conscientes de cómo se produce el cambio dentro y alrededor de ellas (Barker y Buchanan-Barker, 2004a). Segundo, las personas son sus historias. No existe nada más y nada menos que la compleja historia de la experiencia vivida. La historia de la persona se enmarca en primera persona, y la historia de cómo llegó a estar aquí, experimentando este

problema vital, contiene la materia prima para las soluciones (Barker y Buchanan-Barker, 2004a).

El modelo de la marea se basa en las siguientes premisas:

- Existen las necesidades psiquiátricas.
- La enfermería podría satisfacer de algún modo esas necesidades (Barker y Whitehill, 1997, p. 15).
- Las personas y quienes las rodean ya poseen las soluciones a sus problemas vitales.
- La enfermería consiste en hacer aflorar estas soluciones (Barker, 1995, p. 12).

El modelo de la marea supone que cuando las personas se ven atrapadas en la tormenta psíquica de la «locura», es como si corrieran el riesgo de ahogarse en su angustia o de estrellarse contra las rocas; es como si hubieran sido abordadas por piratas y les hubieran robado parte de su identidad humana; es como si hubieran sido arrastradas a la orilla de alguna playa remota, lejos de su hogar y alejadas de todo lo que conocen y comprenden.

Enfermería

La enfermería se considera un proceso y las enfermeras intervienen en el proceso de trabajar con las personas, sus entornos, su salud y su necesidad de cuidados (Barker, 1996a). La enfermería está cambiando continuamente, internamente y respecto a otras profesiones, en respuesta a las necesidades y a las estructuras sociales cambiantes. «Si algo define a la enfermería globalmente es la construcción social del papel de la enfermera» (Barker et al., 1995, p. 390). La enfermería como cuidado solo existe cuando se dan las condiciones necesarias para promover el crecimiento o el desarrollo (Buchanan-Barker y Barker, 2008). La enfermería es «una actividad humana interpersonal duradera e implica un enfoque en la promoción del crecimiento y el desarrollo» (Barker y Whitehill, 1997, p. 17) y en la dirección presente y futura (Barker y Buchanan-Barker, 2007a). Barker amplió la definición original de Peplau, aclarando el objetivo de la enfermería como *trephotaxis*, un término griego que significa «proporcionar las condiciones necesarias para favorecer el crecimiento y el desarrollo» (Barker, 1989, 2009, p. 39; Buchanan-Barker y Barker, 2003). Enfatiza la distinción entre enfermería «psiquiátrica» y enfermería de «salud mental». Cuando las enfermeras ayudan a las personas a *explorar* su malestar, en un intento de descubrir formas de *remediarlo* o *mejorarlo*, están practicando la *enfermería psiquiátrica*.

Cuando las enfermeras ayudan a las mismas personas a *explorar* formas de *crecer y desarrollarse* como personas, explorando cómo *viven actualmente* con sus problemas de vida y cómo podrían *superarlos*, están practicando la *enfermería de salud mental* (Barker, 2003a, 2009).

La enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otro. Existe una dinámica de poder en el oficio de cuidar; una persona tiene el deber de cuidar a otra (Barker, 1996b, p. 4). La enfermería es un esfuerzo práctico centrado en la identificación de lo que la gente necesita *ahora*, en la exploración colaborativa de formas de satisfacer

esas necesidades y en el desarrollo de sistemas apropiados de cuidados humanos (Barker, 1995, 2003a). El enfoque propio de la enfermería es la «necesidad» expresada por la persona que recibe los cuidados, que «solo puede definirse en función de la relación entre una *persona con una necesidad de cuidados* y una *persona que ha satisfecho esa necesidad*» (Barker, 1996a, p. 241; Barker et al., 1995, p. 389). «Estas respuestas son el objetivo fenomenológico de la enfermería» (Barker et al., 1995, p. 394), que se centra en las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (American Nurses' Association, 1980). Estos pueden abarcar la conducta, las emociones, las creencias, la identidad, la capacidad, la espiritualidad y la relación de la persona con el entorno (Barker, 1998a).

La exploración por parte de la enfermería del contexto humano del ser y del cuidado apoya a la enfermería como una forma de indagación humana. Estar con las personas y cuidar de ellas es el proceso en el que se basa toda la enfermería psiquiátrica y de salud mental, y este proceso distingue a las enfermeras de todas las demás disciplinas de atención sanitaria y social (Barker, 1997). «La enfermería complementa otros servicios y es congruente con los roles y funciones de otras disciplinas en relación con las necesidades de la persona» (Barker, 2001c, p. 216).

Persona

Dentro del modelo de la marea, el interés se dirige hacia una visión fenomenológica de la experiencia vivida por la persona y su historia (Barker, 1999a, 2000d). «Las personas son filósofos naturales y creadores de significado que dedican gran parte de su vida a establecer el significado y el valor de su experiencia y a construir modelos explicativos del mundo y del lugar que ocupan en él» (Barker, 1996b, p. 4). Las enfermeras pueden ver y apreciar el mundo desde la perspectiva de la persona y lo comparten con ella. Las personas son sus historias. «El sentido del yo de la persona y el mundo de la experiencia, incluida la experiencia de los demás, está inextricablemente ligado a las historias de sus vidas y a los diversos significados que han generado» (Barker, 2001c, p. 219). Las personas están en un estado de flujo constante, con una gran capacidad de cambio (Buchanan-Barker y Barker, 2008) y comprometidas con el proceso de llegar a ser (Barker, 2000c, p. 330). Viven en su mundo de experiencia representado en tres dimensiones: 1) el mundo; 2) yo, y 3) los demás.

La vida es un viaje del desarrollo, y las personas viajan a través de su «océano de experiencia». Este viaje de descubrimiento y exploración puede ser arriesgado, y las personas tienen una necesidad fundamental de seguridad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. El «viaje a través de nuestro océano de experiencia depende de nuestro cuerpo físico, sobre el que desplegamos la historia de nuestras vidas» (Barker y Buchanan-Barker, 2007a, p. 21). El modelo de la marea «sostiene pocos supuestos sobre el curso adecuado de la vida de una persona» (Barker, 2001a, p. 235). Las personas se definen por las relaciones, como, por ejemplo, madre,

padre, hija, hijo, hermana, hermano o amigo de alguien, y también en relación con las enfermeras.

Salud

Barker ofrece la provocativa definición de salud planteada por [Illich \(1976\)](#) como «el resultado de una reacción autónoma, aunque culturalmente conformada, a la realidad creada por la sociedad». Designa la capacidad de adaptación a los entornos cambiantes, al crecimiento... a la curación cuando existen daños, al sufrimiento y a la expectativa pacífica de la muerte. La salud abarca el futuro... incluye los recursos internos para vivir con él» (p. 273). La salud es una tarea personal cuyo éxito es «en gran parte el resultado de la autoconciencia, la autodisciplina y los recursos internos con los que cada persona regula sus propios ritmos y acciones diarias, su dieta y su sexualidad» ([Illich, 1976](#), p. 274). Nuestra personalidad, nuestras conexiones y nuestra fragilidad «hacen que la experiencia del dolor, de la enfermedad y de la muerte sea una parte integral de la vida» ([Illich, 1976](#), p. 274). La descripción de [Illich \(1976\)](#) ilustra el sentido *caótico* y *zen* de la «realidad». «La salud no está «ahí fuera», no es algo que perseguir, ganar o entregar (autocuidado). Forma parte de la tarea global de ser y vivir» ([Barker, 1999b](#), p. 240).

«Salud significa todo... y probablemente esté ligada a la forma en que vivimos nuestra vida, en el sentido más amplio. Este "vivir" incluye el contexto social, económico, cultural y espiritual de nuestras vidas» ([Barker, 1999b](#), p. 48). La experiencia de la salud y la enfermedad es fluida. Desde un punto de vista holístico, las personas tienen sus propios significados individuales de salud y enfermedad que valoran y aceptan. Las enfermeras se involucran con las personas para conocer sus historias y saber cómo comprenden su situación actual, incluidas sus relaciones con la salud y la enfermedad dentro de su visión del mundo ([Barker, 2001c](#)). La salud o la enfermedad casi siempre implican una crisis espiritual o una pérdida del yo ([Barker, 1996a](#)). Un estado de enfermedad es un problema humano con relaciones sociales, psicológicas y médicas que provocan una crisis vital total. En el modelo de la marea, la enfermería es pragmática y está centrada en las fuerzas, los recursos y las posibilidades de las personas, manteniendo una orientación hacia la salud; el modelo de la marea es una teoría saludable.

Entorno

El entorno es en gran medida de naturaleza social, el contexto en el que las personas se mueven dentro de su océano de experiencia, y las enfermeras crean un «espacio» para el crecimiento y el desarrollo. «Las relaciones terapéuticas se utilizan de forma que mejoran las relaciones de las personas con su entorno» ([Montgomery y Webster, 1993](#), p. 7). Los problemas humanos pueden derivar de complejas interacciones persona-entorno en el caos del mundo cotidiano ([Barker, 1998b](#), p. 215). «Las personas viven en un mundo social y material donde su interacción con el entorno incluye a otras personas, grupos y organizaciones» ([Barker, 2003a](#), p. 67). Familia, cultura y relaciones se integran en este entorno. Las áreas vitales

de la vida cotidiana, como la vivienda, las finanzas, la ocupación, el ocio y el sentido de lugar y pertenencia son facetas del entorno ([Barker, 2001c](#), p. 218).

La división entre comunidad e institución es artificial y se rechaza, ya que las necesidades fluyen con la persona a través de estas fronteras. Gran parte de la enfermería psiquiátrica y de salud mental tiene lugar en los entornos más mundanos, desde las salas de día en plantas de hospitales hasta la sala de estar o la cocina del hogar de una persona ([Barker, 1996b](#), p. 5). En intervenciones críticas, las enfermeras mantienen seguros a la persona y al entorno. Cuando el entorno social es crítico, el compromiso es crítico. Cuando se considera que las personas están en situación de riesgo, deben ser recluidas en un entorno seguro y de apoyo, un puerto seguro, hasta que vuelvan a su océano de experiencia en la comunidad ([Barker, 2003a](#), p. 6). «Las enfermeras organizan el tipo de condiciones que ayudan a aliviar el malestar y empiezan el proceso de recuperación, resolución o aprendizaje a largo plazo. Ayudan a las personas a sentir la "totalidad" de su experiencia... y a engendrar el potencial de curación» ([Barker, 2003a](#), p. 9).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El modelo de la marea se basa en cuatro premisas relativas a la práctica, desarrolladas a mediados de la década de 1990 con el grupo de discusión de «enfermeras expertas» ([Barker, 1997](#)) y fue validado por un grupo de antiguos pacientes psiquiátricos dirigidos por la Dra. Irene Whitehill, compañera de Barker.

- La enfermería psiquiátrica es una actividad humana interactiva y evolutiva, más preocupada por el desarrollo futuro de las personas que por los orígenes o la causa de su malestar mental actual.
- La experiencia del malestar psíquico asociado a un trastorno psiquiátrico se representa a través de la perturbación pública o los informes de sucesos privados que solo conoce la persona afectada. Las enfermeras ayudan a las personas a acceder, revisar y reescribir estas experiencias.
- Las enfermeras y las personas atendidas mantienen una relación basada en la influencia mutua. El cambio es constante, y dentro de las relaciones hay cambios en la relación y dentro de los participantes en la relación.
- La experiencia de la enfermedad mental se traduce en diversas alteraciones de la vida cotidiana y de las respuestas humanas a los problemas vitales ([Barker y Whitehill, 1997](#)).

Estas premisas se enmarcan en perspectivas filosóficas y teóricas más amplias, especialmente en la afirmación fenomenológica de que las personas son dueñas de su experiencia; solo las personas pueden conocer su experiencia y lo que significa. La angustia mental es una fuerza simbólica conocida, en términos fenomenológicos, solo por la persona implicada. La experiencia vivida es el medio a través del cual recibimos mensajes importantes sobre nuestra vida y su significado ([Barker, 2001c](#)). Barker contempla el malestar psíquico como parte del todo que es la persona, no como algo separado del ser «normal» de la persona.

El modelo de la marea supone y afirma que las personas saben cuáles son sus necesidades o que se les puede ayudar a reconocerlas o identificarlas con el tiempo. Desde una posición mínimamente autorizada, puede ayudarse a las personas a cubrir estas necesidades a corto plazo. Las enfermeras y otras personas del entorno social de la persona se pueden relacionar con la conducta expresada. Las enfermedades mentales marginalizan, y «las personas que experimentan cualquiera de las innumerables amenazas a su identidad personal o social, comúnmente llamadas *enfermedades mentales* o *problemas de salud mental*, experimentan una amenaza humana que las hace vulnerables». Sin embargo, «la mayoría de las personas están lo suficientemente sanas como para poder actuar por sí mismas e influir de forma constructiva en la dirección de sus vidas» (Barker, 2003a, pp. 6–7). La recuperación es posible, y las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten este proceso de recuperación (Barker, 2001c, p. 215).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

El modelo de la marea es lógicamente adecuado, la estructura de las relaciones es clara y los conceptos son precisos, desarrollados y en desarrollo. Contiene ideas amplias, aborda muchas situaciones de personas con problemas vitales, sigue la lógica de la experiencia (Barker, 1996b) y desarrolla la evidencia basada en la práctica (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

Barker et al. crearon una metateoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental. Cuestiones sobre la naturaleza de las personas, los problemas vitales y la enfermería fueron seguidas de una investigación sistemática. Mediante la investigación, la teoría se modela. El modelo de la marea fluye desde una perspectiva filosófica y una visión del mundo concretas, que aportan un contexto de las creencias sobre las personas y la enfermería.

La teoría identifica el núcleo de la práctica enfermera como «conocer, conocerme». Especifica el objetivo de la investigación en enfermería, identifica fenómenos de interés concreto para las enfermeras y proporciona una amplia perspectiva de la investigación, la práctica, la educación y la política de enfermería. La teoría clasifica un volumen de conocimientos de enfermería que está, en gran medida, basado en la historia. Los componentes se presentan claramente y derivan lógicamente de la observación clínica, la práctica, la investigación y la filosofía.

La evidencia emergente de los usuarios de la teoría en el Reino Unido, Irlanda, Canadá, Nueva Zelanda y Escandinavia confirma la importancia de la simple afirmación de la historia personal, con énfasis en la comprensión de lo que está sucediendo por y para la persona y lo que esto significa para las personas, en su propio lenguaje. Las historias generadas en el contexto de los cuidados se escriben en la propia voz de la persona, lo que ayuda a la persona a «devolver» la historia personal, que se ha perdido de vista al convertirse en «paciente» o «cliente». Incluso cuando la persona está gravemente discapacitada para

vivir a causa de los problemas, la enfermera mantiene la atención en ayudar a la persona a determinar «qué debe hacerse» y encontrar los recursos personales e interpersonales necesarios para fortalecerla.

El intento de comprender las construcciones de las personas sobre su mundo se expresa a través de la evaluación holística, que ayuda a las personas a relatar su historia y a explorar lo que hay que hacer. La planificación de la asistencia es un ejercicio de colaboración que pone énfasis en el desarrollo de estrategias de cambio y en facilitar soluciones. El ensalzamiento de la persona y el método narrativo holístico crean un estilo de práctica de trabajo en colaboración con las personas. Destaca los recursos inherentes de las personas y acepta el cambio como una característica perdurable.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

El modelo de la marea atrae a los interesados en la atención centrada en la persona y en la práctica basada en la teoría. La bibliografía muestra la amplia aceptación y el uso de la teoría en la práctica y en la investigación en todo el mundo. La aceptación de la teoría se ve facilitada por la base filosófica, teórica, investigadora y práctica, junto con unos valores y principios claramente establecidos.

Práctica profesional

Los orígenes del modelo de la marea se encuentran en el trabajo iniciado en la investigación doctoral de Barker con mujeres diagnosticadas de psicosis maniaco-depresiva a principios de la década de 1980 y su introducción al trabajo de Shoma Morita (Reynolds, 1984). En la práctica, el modelo de la marea se desarrolló entre 1995 y 1998 en Newcastle, Inglaterra, y fue introducido de manera formal en dos unidades de psiquiatría aguda. Posteriormente fue adoptado por el Programa de Salud Mental y en el año 2000 se extendió a nueve plantas de cuidados agudos de psiquiatría, a sus equipos de apoyo comunitario asociados y a un centro de 24 h en la comunidad del mismo Programa de Salud Mental (Barker y Buchanan-Barker, 2005, p. 271). El modelo de la marea se hizo internacional cuando el interés por este pasó del Reino Unido a Irlanda, de manera que las enfermeras de Dublín realizaron estancias cortas en Newcastle con Barker en 1999, y después se extendió al resto del mundo. En 2001, enfermeras de Nueva Zelanda comenzaron a introducirlo en una unidad forense de alta seguridad (Cook et al., 2005).

La mayor parte de los primeros trabajos de desarrollo del modelo de la marea se llevaron a cabo en el Reino Unido, con proyectos que abarcaban servicios hospitalarios y comunitarios, desde unidades de cuidados agudos hasta servicios de rehabilitación, pasando por los servicios forenses especializados y la atención comunitaria. Estas actividades comprendían desde servicios metropolitanos en ciudades como Londres central y Birmingham, en las que las poblaciones clínicas son

diversas en términos sociales, culturales y étnicos, hasta Cornualles, Glamorgan y Norfolk, en las que se atendía a miembros de las comunidades rurales inglesas y galesas.

El proyecto más extenso se llevó a cabo en Escocia, donde desde 2003 los servicios de salud mental de Glasgow pusieron en marcha una serie de proyectos derivados del modelo de la marea, que abarcaban cuidados agudos, de rehabilitación, para adolescentes y ancianos, en lo que fue el mayor servicio de salud mental del Reino Unido (Lafferty y Davidson, 2006). En 2012 los proyectos de Glasgow se habían ampliado para incluir otros centros escoceses: Greenock, Inverclyde, Paisley, Fife y Ayrshire (Henderson, 2013), que representan más de un tercio de la población total de Escocia.

La República de Irlanda estableció una amplia variedad de proyectos en el condado de Cork, el condado de Mayo y Dublín, que abarcan entornos hospitalarios y comunitarios. La ciudad irlandesa de Cork fue la primera en introducir y desarrollar el modelo de la marea en la atención de salud mental comunitaria en Tosnu –que en gaélico significa «nuevo comienzo»–.

En el Royal Ottawa Mental Health Centre de Canadá se implementaron tres programas del modelo de la marea en septiembre de 2002. Los programas Forensic y Mood incluyen unidades de pacientes ingresados y de pacientes externos. El Substance Use and Concurrent Disorders Program incluyó una unidad de pacientes hospitalizados, enfermería domiciliaria, un hospital de día y un programa residencial en la comunidad, y es el primer programa de este tipo que aplica el modelo de la marea. En febrero de 2004, el modelo de la marea se introdujo en las demás unidades de pacientes hospitalizados, como geriatría, unidades de observación y críticos, psiquiatría general en transición, rehabilitación psicosocial, esquizofrenia y jóvenes (adolescentes). La experiencia de Ottawa generó mucho interés por el modelo de la marea en Canadá y condujo a la creación de muchas unidades de costa a costa.

En Australia, primero se establecieron proyectos para la atención de niños y adolescentes en Sídney, con un nuevo desarrollo en el área de «salud judicial». En Nueva Zelanda, las enfermeras de Rangipapa en Porirua fueron las primeras en introducir el modelo de la marea en un entorno forense y las primeras en investigar la experiencia con el modelo desde la perspectiva del personal y de las personas atendidas (Cook et al., 2005). La insistencia del modelo de la marea en las historias ha revelado ser especialmente atractiva para los maoríes autóctonos y los habitantes de las islas del Pacífico de Nueva Zelanda.

En Japón, el modelo de la marea ha sido el centro de la práctica enfermera desde 2002 en el Kanto Medical Center, el mayor centro psiquiátrico privado de Tokio. El Dr. Tsuyoshi Akayama, psiquiatra y profesor de Psiquiatría, tradujo los materiales de formación del modelo de la marea al japonés y enseñó a los colegas médicos y de enfermería a ponerlo en práctica, después de su breve viaje de estudios a Newcastle con

el Dr. Barker. Esta fue la primera colaboración formal entre psiquiatras y enfermeras; en todos los proyectos anteriores, las enfermeras realizaban la implementación solas. El Dr. Akayama ha fomentado el modelo de la marea en el programa para «naciones en vías de desarrollo» de la World Psychiatric Association. Los japoneses han sentido una tendencia para una mayor colaboración interprofesional, aunque la enfermería tiene el papel principal.

Desde 2012, se han desarrollado una serie de proyectos clínicos en toda Europa, como en Alemania (Zuaboni et al., 2013), Suecia, Dinamarca y Suiza (Zuaboni, 2015), países todos cuya historia filosófica (especialmente la fenomenología y el existencialismo) ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo de la filosofía de la marea. Sin embargo, la cultura tradicional de estos países está cambiando por la inmigración y llegada de refugiados. Será interesante ver cómo el «enfoque en la persona» del modelo de la marea se adapta a estos cambios socioculturales. Dos Santos et al. (2015) han descrito el uso del modelo de la marea en Brasil. Un trabajo de Kilmer y Lane-Tillerson (2013) describe el uso del modelo de la marea con mujeres que experimentan graves problemas emocionales en relación con tratamientos de fertilidad. Este trabajo sugiere el potencial del modelo para abordar una serie de problemas vitales más allá del sector tradicional de la psiquiatría y la salud mental, como la práctica reciente con mujeres víctimas de violencia (Çam y Turgut, 2019; Turgut y Çam, 2020).

El modelo de la marea para la recuperación de la salud mental está dirigido a comprender y explicar mejor la condición humana. En este esfuerzo ocupa una posición central ayudar a que las personas utilicen la voz como el instrumento clave para expresar su recuperación tras un problema mental. El modelo de la marea es un modelo de prestación de atención de salud mental centrado en la persona, que respeta la cultura y el credo (Barker y Buchanan-Barker, 2005). Esta teoría práctica identifica los conceptos necesarios para comprender las necesidades humanas de las personas con problemas en su vida, y cómo pueden colaborar los profesionales de enfermería para abordar estas necesidades. La teoría explica sistemáticamente fenómenos específicos y sugiere la naturaleza de la relación dentro de una visión del mundo en concreto. Sin embargo, Barker ha afirmado consistentemente que la teoría «no es más que palabras escritas en un papel». No se trata de un trabajo real ni de una receta para el ejercicio profesional, sino de una guía práctica en evolución para suministrar unos cuidados en colaboración, centrados en la persona, basados en la fuerza y otorgadores de poder a través de la relación.

Formación

El modelo de la marea, holístico, basado en la fuerza y narrativo, resulta prometedor para su inclusión en los programas de formación relacionados con la práctica basada en la teoría y en los cuidados centrados en la persona.

Barker y Buchanan-Barker ofrecen un manual de formación gratuito que se puede descargar de su sitio web: www.tidal-model.com. Este paquete se utiliza como preparación básica para la puesta en marcha del modelo, y garantiza fidelidad a los valores, los principios y los procesos del modelo de la marea, a la vez que permite una aplicación creativa y localmente relevante. El manual de formación de la marea ha sido traducido ya al francés, al alemán, al sueco, al danés, al japonés y al español por miembros de los equipos enfermeros implicados en el desarrollo clínico y formativo en estos países.

Investigación

El modelo de la marea se desarrolló a partir de un programa de investigación clínica, y se anima a todos los equipos que lo introducen en su práctica a evaluar sus efectos. Se ha establecido una consultoría de investigación y desarrollo como una red flexible para la aplicación del modelo de la marea y los proyectos de desarrollo. Proporciona un marco para la evaluación del modelo de la marea en acción, desde la perspectiva de los resultados de la organización, la experiencia profesional y la experiencia de los usuarios y consumidores (Barker y Buchanan-Barker, 2005). La importante tarea de evaluar la implementación, los procesos y los resultados del modelo de la marea en la práctica se está llevando a cabo en Irlanda, Japón, Alemania, Suecia (Lassenius, 2014), Dinamarca, Brasil (dos Santos et al., 2015), Nueva Zelanda y en todo el Reino Unido.

Los dos primeros estudios de evaluación (Fletcher y Stevenson, 2001; Stevenson y Fletcher, 2002) exploraron medidas de resultados importantes para evaluar el modelo de la marea y sus efectos sobre la evaluación en la práctica (Stevenson y Fletcher, 2002). Los resultados de los dos estudios muestran un aumento en el número de ingresos y un descenso en la duración de la estancia. Hubo un descenso en la necesidad del nivel más alto de observación, que se relacionó con la velocidad de la valoración, el descenso de los incidentes de violencia, autolesión y el uso de restricciones. Las propias enfermeras describieron que el modelo de la marea aumentaba la práctica profesional y potenciaba un compromiso pleno con las personas cuidadas. Era útil para ayudar a las personas a cumplir los planes de cuidados y permitía a las enfermeras centrar sus interacciones en las necesidades de las personas. Los trabajadores de apoyo fueron capaces de ayudar a las personas a identificar objetivos y metas del día y llevarlos a cabo; describieron el modelo de la marea como «una forma de elevar su perfil y su estima profesional» (Stevenson y Fletcher, 2002, p. 35). Se comunicaron unos resultados similares, utilizando el mismo método, en Birmingham, la segunda ciudad de Inglaterra en aplicar el modelo (Gordon et al., 2005), en Glasgow, la ciudad más grande de Escocia (Lafferty y Davidson, 2006), y en Dublín, Irlanda. Estos estudios proporcionan evidencias para poner en práctica esta teoría centrada en la persona.

Barker y Walker (2000) estudiaron la opinión de enfermeras expertas sobre el trabajo en equipo multidisciplinario en 26 unidades psiquiátricas de hospitalización de agudos y la

relación con los cuidados de las personas y sus familias. Aunque las enfermeras se enfrentan a retos a la hora de poner en práctica el «trabajo en colaboración», el estudio ofrece algunas pistas para seguir investigando sobre la naturaleza interprofesional de la teoría.

La transición de las enfermeras hacia una solución centrada en las interacciones fue objeto de estudio por parte del equipo de Newcastle (Stevenson et al., 2003). Las enfermeras participaron en un constructo especial y una iniciativa educativa, y se valoraron los efectos por parte de las enfermeras y de las personas cuidadas, usando múltiples datos. Este estudio aporta evidencias de un progreso significativo de las enfermeras en el conocimiento centrado en la solución, el resultado y la práctica. Las personas cuidadas también encontraron que el método les ayudaba.

El equipo del modelo de la marea del Royal Ottawa Mental Health Center replicó el estudio de Newcastle y evaluó el efecto de la implementación del modelo de la marea en determinadas medidas de resultados durante cuatro periodos en los tres programas pioneros, obteniendo unos resultados similares, particularmente en el Mood Program. También replicaron el estudio de Newcastle en cuatro periodos en el Forensic Program en Brockville. El equipo de Tosnu completó una evaluación centrada en el usuario sobre la aplicación del modelo de la marea. En Birmingham, en la unidad Tolkien, se ha completado y publicado una evaluación de 4 meses (Gordon et al., 2005). Se están realizando trabajos de evaluación en el St. Tydfil's Hospital de Gales.

En Nueva Zelanda, un estudio fenomenológico hermenéutico siguió la implementación del modelo de la marea en una unidad terapéutica de seguridad (Cook et al., 2005). Surgieron cinco temas que reflejaban los significados unidos a la proporción y recepción del cuidado: relación, esperanza, aspecto humano, ecuanimidad y trabajo conjunto. Ello sugiere experiencias y resultados positivos en la aplicación. Este se establece en una base de investigación que ofrece la posibilidad de utilizar la investigación o la más contemporánea de transferir los conocimientos. Las enfermeras que adoptan el modelo de la marea utilizan activamente la investigación en la práctica, además de contribuir al desarrollo de la práctica de enfermería. Esto tiene el potencial de una investigación de acción participativa, descubrir conocimientos incluidos en la práctica y desarrollar nuevos conocimientos.

Barker y Buchanan-Barker destacan que cualquier estudio realista del modelo de la marea en la práctica debe centrarse en el «funcionamiento» del equipo, tanto en términos individuales como colectivos. Debe tener en cuenta el contexto organizativo, el apoyo disponible para el equipo, la calidad del entorno y la diversidad de otros factores físicos, sociales e interpersonales. Cuando los profesionales empiezan a trabajar en un modo típico de marea, las cuestiones clave de la investigación deben centrarse en «lo que sucede» en la práctica de la marea.

EVOLUCIÓN

El modelo de la marea es claro, los conceptos están definidos y las relaciones están identificadas. Ello permite identificar áreas para un desarrollo posterior de la teoría. Por ejemplo, Barker reformuló su noción original de la «lógica de la experiencia» como «evidencia basada en la práctica». Esto representa el conocimiento de lo que es posible en esta situación particular y lo que podría contribuir a nuestra comprensión compartida de la ayuda humana (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

El modelo de la marea se caracteriza por otros desarrollos. Ha evolucionado desde un uso inicial en pacientes hospitalizados agudos hasta un continuo de cuidados, con componentes críticos, transicionales y de desarrollo. La teoría ha evolucionado hacia el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, ampliando su alcance y su utilidad. Los colegas de otros campos, como cuidados paliativos, han expresado su reconocimiento del modelo y desean llevarlo a la práctica. Otras profesiones apoyan los valores, la filosofía y la utilidad del modelo de la marea. Las comunidades de usuarios, consumidores y supervivientes de los servicios de salud mental de todo el mundo participan en el desarrollo continuo de esta teoría de recuperación de la salud mental (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

Desde que se concibió, la teoría ha generado atención a nivel nacional e internacional. Sigue aplicándose, enseñándose y estudiándose internacionalmente y se implanta en nuevos lugares de todo el mundo. En noviembre de 2003 el modelo de la marea se introdujo en Norteamérica. A medida que nuevos centros aplican y estudian el modelo, se enriquece la base práctica, teórica y la investigación. En 2003, Barker reafirmó los valores subyacentes al modelo de la marea en los diez compromisos del modelo de la marea (v. [cuadro 32.1](#)). Aportan la guía necesaria para seguir y desarrollar la filosofía del modelo de la marea. Posteriormente, se introdujeron dos competencias para cada compromiso (Barker y Buchanan-Barker, 2007a, p. 25). Aunque Barker espera fidelidad a los principios y valores del modelo de la marea (diez compromisos del modelo de la marea), al ponerlo en práctica advierte frente a una importación incondicional. La aplicación debe individualizarse para adaptarse al contexto local, con el resultado de que cada implantación será única y contribuirá al desarrollo de la teoría. Ello refleja la apreciación de Barker del concepto de evidencia basada en la práctica –que él llamó el arte de lo posible–, es decir, desarrollar formas filosóficas práctica y teóricamente lógicas, que se basan en las consideraciones de lo que es apropiado, significativo y potencialmente eficaz en un contexto práctico.

Como ya se ha comentado, el modelo de la marea se está desarrollando en todas las culturas, con diferentes poblaciones clínicas y en diversos ámbitos. El conjunto de conocimientos enmarcados en el modelo sigue desarrollándose, reconociendo la amplia variedad de factores complejos que definen a las personas y sus experiencias humanas: historia personal, preferencias personales, valores y creencias, estado social,

antecedentes culturales, afiliaciones familiares y pertenencia a la comunidad (Barker, 2003a).

CRÍTICA

Claridad

Los conceptos, subconceptos y relaciones están desarrollados de forma lógica y clara, y los supuestos son coherentes con los objetivos de la teoría. Estos conceptos, subconceptos y relaciones principales se describen de forma cuidadosa, específica y metafórica, y no necesariamente de forma concisa. Términos como *problemas vitales*, *malestar psíquico* y *visión de las personas que experimentan problemas como personas* guían a las enfermeras hacia un enfoque adecuado. La identificación de las necesidades humanas, más que necesidades psicológicas, sociales o físicas, aporta claridad y perspectiva. Cómo las enfermeras ven a las personas y cómo las personas quieren ser cuidadas por las enfermeras se ilustra claramente en la categoría básica conociéndose, conociéndose. Cada una de las tres subcategorías (yo cotidiano, yo pseudocotidiano o yo autogenerador y yo profesional) tiene cuatro dimensiones: profundidad del conocimiento, poder, tiempo y traducción (Barker et al., 1999b; Jackson y Stevenson, 2004).

En la práctica, utilizar el propio lenguaje de la persona, en lugar de la jerga o el lenguaje profesional, contribuye al éxito de la teoría y a su claridad. Los principales conceptos de colaboración, empoderamiento, relaciones, orientación a la solución, empoderamiento a través de las relaciones y narrativa, así como el uso del término *problemas vitales*, son suficientemente claros y abren la teoría para que pueda utilizarse en otras áreas de la enfermería y la atención sanitaria.

Los conceptos y las relaciones se presentan de forma elegante y esquemática en el modelo de la marea. La experiencia vital única de la persona es sinérgica y recíproca entre los dominios del mundo, del yo y de los demás, que se representan en un triángulo ([fig. 32.1](#)). En la valoración holística, la historia de la persona es el centro de la planificación de los cuidados y se representa como un corazón. El círculo de la evaluación y el plan de seguridad rodea al corazón, y todo ello está rodeado por el círculo del equipo interprofesional ([fig. 32.2](#)). El cuidado continuo (inmediato, de transición y de desarrollo) se interseca con el objetivo del cuidado (Barker, 2000e; Barker y Buchanan-Barker, 2007a) ([fig. 32.3](#)), demostrando el viaje de la persona que accede al servicio, avanza a través de este y sale de él ([fig. 32.4](#)). Esta teoría de fácil comprensión es accesible desde el punto de vista conceptual y lingüístico con el uso del lenguaje diario.

Sencillez

El modelo de la marea se basa en algunas ideas sencillas sobre el ser humano y la ayuda mutua (Barker, 2000e). Es completo, sencillo y con un nivel de abstracción para poder guiar la práctica, la formación, la investigación y la política. Sin embargo, los conceptos por sí mismos son complejos, y las amplias relaciones

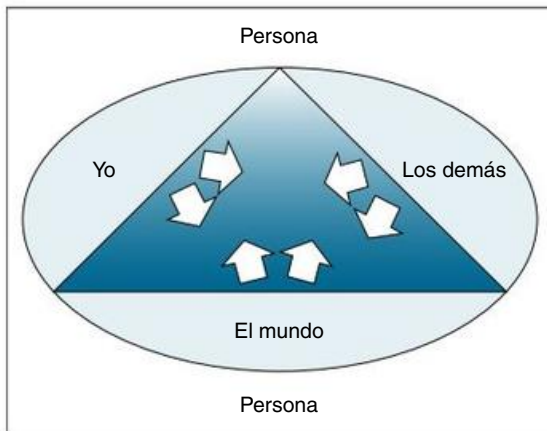


Fig. 32.1 Las tres dimensiones de la persona. (En Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. [2007]. *The Tidal Model theory and practice* [p. 38]. Newport-on-Tay, UK: Clan Unity International.)

entre ellos se añaden a la complejidad del modelo de la marea; las personas y las relaciones son intrínsecamente complejas. Supuestos, conceptos y relaciones se describen en el lenguaje diario y se ilustran a través de la metáfora. Por ejemplo, confiarse poder simplemente ser respetuoso con los conocimientos de las

personas y la experiencia sobre su propia salud y enfermedad, y escuchar sus historias. Los conceptos o relaciones abstractos y complejos se expresan metafóricamente, igual que el flujo y el reflujo de la marea. Práctico y filosófico, el modelo de la marea ofrece cierta direccionalidad en la utilización o puesta en práctica de los conceptos, aunque no prescribe la práctica.

Generalidad

El modelo de la marea es de alcance internacional, lo que sugiere su relevancia transcultural y transnacional. A principios de 2004, había casi 100 proyectos en curso en diferentes ámbitos clínicos de todo el mundo: en Australia, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Japón, Nueva Zelanda, Escocia y Gales (Barker y Buchanan-Barker, 2005). En los proyectos está representado un amplio espectro de entornos y poblaciones clínicas: rural y urbano, unidades de agudos, críticos y convalecencia, centros públicos y privados, programas comunitarios, de rehabilitación, unidades legales, en jóvenes, adultos y ancianos. El modelo de la marea ha sido un éxito a través del continuo de cuidados psiquiátricos y de salud mental y en diversas situaciones de la práctica. Las características universales de colaboración, delegación de poder, relaciones, historias y resistencias atraen a enfermeras, usuarios de servicios y colegas de otras disciplinas. El modelo de la marea es

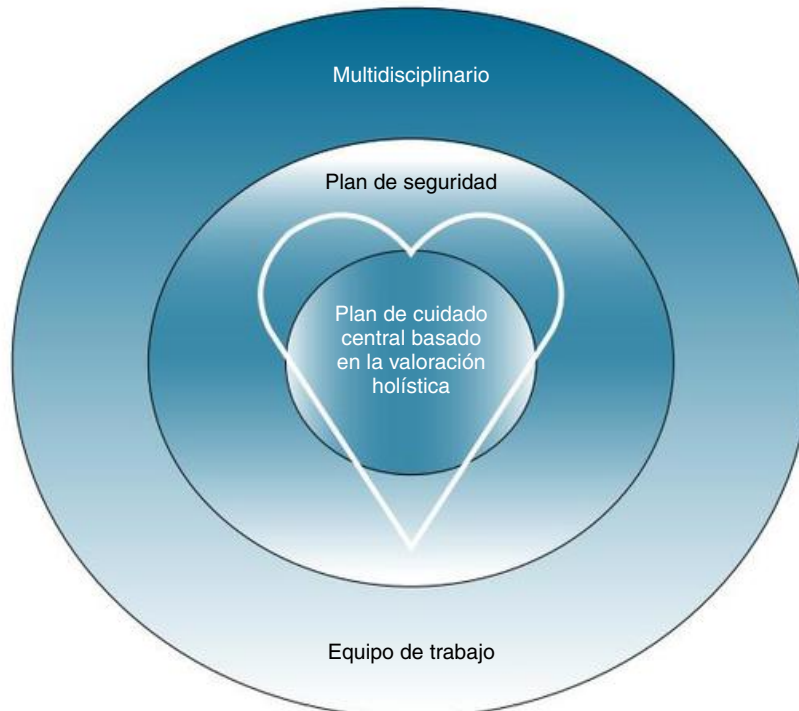


Fig. 32.2 Estructura de los cuidados. (En Barker, P. J. [2000]. *The Tidal Model theory and practice* [p. 27]. Newcastle, UK: University of Newcastle.)

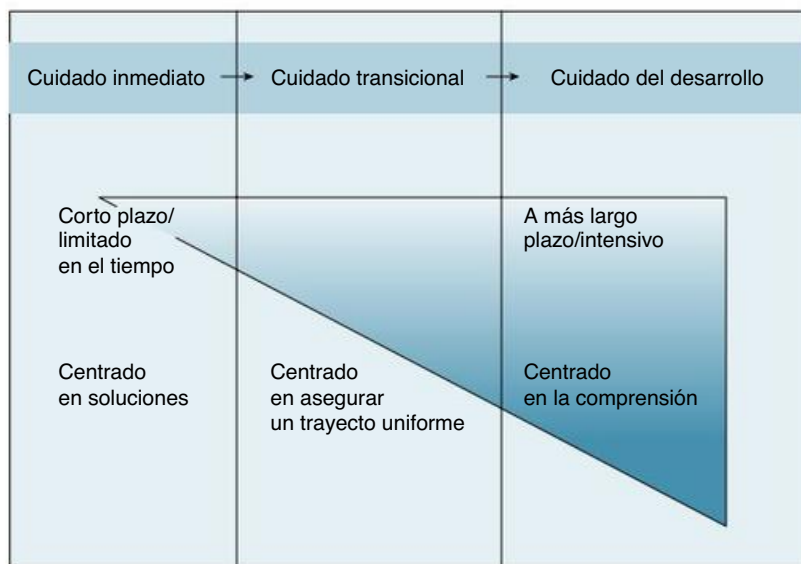


Fig. 32.3 Cuidado continuo según el modelo de la marea. (En Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. [2007]. *The Tidal Model theory and practice* [p. 32]. Newport-on-Tay, UK: Clan Unity International.)

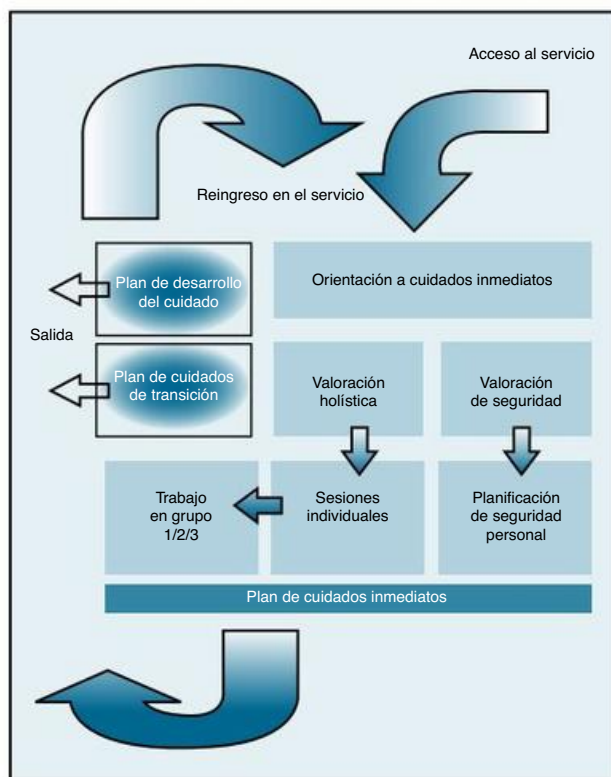


Fig. 32.4 Mapa del cuidado continuo. (En Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. [2007]. *The Tidal Model theory and practice* [p. 37]. Newport-on-Tay, UK: Clan Unity International.)

coherente con la Ottawa Charter for Health Promotion, según la cual el proceso de capacitación y participación se considera fundamental para un buen estado de salud (Organización Mundial de la Salud, 1986). Los diez compromisos de la marea (Buchanan-Barker y Barker, 2008) proporcionan orientación, guía y apoyo en el uso de la teoría. En Escocia, Lafferty y Davidson (2006) observaron que la práctica con el modelo de la marea ayudaba a las enfermeras a cumplir los requisitos centrados en la persona de la ley de salud mental escocesa. En Canadá, la guía de buenas prácticas para la atención centrada en la persona y la familia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015) se hace eco del modelo de la marea, utilizando parte del mismo lenguaje.

Barker reconoce que para ejercer dentro del modelo de la marea, las enfermeras deben creer que la recuperación es posible y que el cambio es inevitable. El modelo de la marea «no es más que palabras sobre papel» (Brookes et al., 2006, p. 461). «El modelo de la marea *per se* no funciona. El profesional es el instrumento o medio del cambio» (Buchanan-Barker, 2004, p. 8). Debido a que el modelo se desarrolló específicamente para el cuidado psiquiátrico y la salud mental, se ha de cumplir el criterio de generalidad.

Accesibilidad

Esta teoría sustantiva se basa en los datos que surgieron inductivamente de los estudios sobre la necesidad de la enfermería. Los estudios guiados por el modelo de la marea indican su utilidad y precisión, y ofrecen la seguridad de que la teoría es útil, práctica y accesible. Los estudios del efecto de la aplicación de la teoría en la práctica respaldan su utilidad y precisión. La necesidad de enfermería, el objetivo propio de la

enfermería y el marco de interacciones de delegación de poder ofrecen una firme base empírica al modelo de la marea.

Las enfermeras que trabajan con diferentes poblaciones clínicas y en una variedad de ámbitos están probando el modelo de la marea en la práctica. El objetivo de la investigación es el resultado centrado en la persona y la experiencia vivida de las personas que colaboran en la asistencia. Los estudios que analizan estas interacciones de empoderamiento contribuyen a la adecuación empírica y la confianza en esta perspectiva orientada a soluciones y basada en las fortalezas. Al permitir el acceso libre al manual del modelo de la marea, los centros pueden haber introducido el modelo en la práctica sin el conocimiento de Barker. Barker considera este hecho un avance positivo.

Importancia

El modelo de la marea ha demostrado claramente que proporciona orientación y objetivos a la enfermería. La teoría es conceptual y lingüísticamente accesible, y se presta a la investigación. Esta investigación, relevante para el trabajo de las enfermeras, contribuye a los conocimientos para guiar e

informar la práctica. Los estudios guiados por el modelo también exploran su impacto y sus diversos resultados. El conocimiento narrativo derivado de la teoría potencia la práctica, la docencia y la investigación de la enfermería, y la política. El modelo de la marea está representado por una serie de «evaluaciones holísticas (exploratorias) y focalizadas (de riesgo) que generan intervenciones centradas en la persona que hacen hincapié en los recursos existentes y en la capacidad de la persona para encontrar soluciones» (Barker, 2001b, p. 82).

Trabajar con el modelo de la marea ha permitido a las enfermeras articular su práctica y sus «habilidades invisibles» (Michael, 1994). Por ejemplo, las estrategias de delegación de poder, como respetar a la persona y dar esperanzas, dan voz a las enfermeras. Las enfermeras ganan confianza al trabajar junto a miembros de equipos interprofesionales porque su contribución y objetivos están claramente articulados. Existen desafíos con cualquier cambio a nivel práctico, personal y del sistema, y son anticipados y estudiados. El modelo de la marea es una teoría importante y esencial para desarrollar y guiar la práctica en cuidados psiquiátricos y de salud mental.

RESUMEN

El modelo de la marea pasó de estar centrado en la enfermería psiquiátrica en unidades de agudos a ser un modelo más flexible de recuperación y restablecimiento de la salud mental en cualquier ámbito, aplicable a cualquier disciplina. Hace hincapié en las formas de compromiso o creación de puentes, la importancia de la experiencia vivida y la apreciación del potencial de curación que radica en la reescritura de la propia historia (Barker y Buchanan-Barker, 2004a).

El modelo de la marea proporciona a la práctica una orientación basada en la investigación, holística y centrada en la persona. Keen (en Barker y Buchanan-Barker, 2005, pp. 231-241) describe una «teoría profundamente colaboradora, centrada en la persona, centrada en la solución (McAllister,

2003), basada en la narrativa, pragmática y sistémica». La teoría presenta supuestos sobre las personas, su valor inherente y el valor de relacionarse con las personas de forma concreta. Propone cómo las personas pueden llegar a apreciar de forma diferente, quizá mejor, su propio valor y el valor único de su experiencia. Esto abre nuevas posibilidades de establecer relación con la gente. Quizá parte de su atractivo es que devuelve al profesional de enfermería a los valores que tenía la enfermería inicialmente. Aunque la teoría aporta orientaciones para la práctica, la formación, la investigación y la política, reta a las enfermeras a comprometerse con el cambio y a crecer y desarrollarse en la esencia del modelo de la marea, los diez compromisos de la marea.

CASO CLÍNICO

Scott era un joven que había sufrido un primer episodio de psicosis. Había golpeado a su padre, que falleció posteriormente. Scott fue trasladado a una unidad de seguridad, cuya enfermera jefe empezó a explorar la historia con él a través de una valoración holística, que representa el mundo de experiencias de Scott en ese momento.

Cómo empezó esto: «Todo empezó cuando mi padre volvió a pegar a mi madre, esa noche estaba totalmente borracho. Había tanto ruido en esa habitación, la televisión, los golpes y esas voces en mi cabeza, seguían gritándome que hiciera algo rápido para salvar a mi madre. No recuerdo exactamente lo que pasó después. Estaba muy confundido».

Cómo me afectó: «No lo sé. Estuve en la cárcel 4 meses antes de venir aquí. Me dijeron que había matado a mi padre. No lo recuerdo, salvo que seguí golpeándole la cabeza. Solo recuerdo que estaba en un charco de sangre». «Me dijeron que mi madre aún está en el hospital. No la he visto desde entonces.» «Estoy asustado. No puedo dormir».

Cómo me sentí al principio: «Me quedé destrozado, me superó». «Me sentía muy mal, aunque le odiaba muchísimo, nunca me escuchaba, nadie me escuchaba ni me creía.» «Le odio porque le he visto pegar a mi madre toda mi vida».

Cómo han cambiado las cosas con el tiempo: «Todo empeoró cuando mi hermanastro se escapó. Mi padre era un

(Continúa)

CASO CLÍNICO (cont.)

pecador, borracho, pegaba a su mujer e incluso conspiraba con los comunistas. No me dejaba salir de casa más que para ir al colegio; mi madre estaba en casa todo el día, en la granja; él era el único que vagaba fuera de casa». «Siempre he tenido un poco de miedo y también de rabia».

El efecto en mis relaciones: «No tengo ninguna relación con nadie; no me gusta la gente porque no le gusto a nadie».

Cómo me siento ahora: «Bueno, me siento nervioso, muy agitado y asustado. No sé qué esperar, no sé qué va a pasar». «Confundido, supongo, y cansado».

Qué creo que significa esto: «No lo sé, esa era mi pregunta, tal vez vuelva a la cárcel, tal vez signifique que necesitaba ayuda». «Significa que tengo que enfrentarme a muchos desafíos».

Qué dice todo esto de mí como persona: «Solo quiero ser mejor persona, quiero estar bien y quiero cuidar de mi madre».

Qué tiene que pasar ahora: «Bueno, supongo que estoy aquí para una valoración».

Qué espero que haga la enfermera por mí: «Seguir hablándome como lo está haciendo. Nunca nadie me habla así. Me está escuchando y parece que me cree. Esto es muy diferente de la cárcel y de cualquier otro lugar».

Personas que son importantes: «Mi madre es la única persona importante en este mundo. Mi hermanastro solo volvió cuando necesitaba dinero».

Cosas que son importantes: «Bueno, ser capaz de compartir con los demás». «Mi perro, Pepper, pero ahora está en la perrera». «Tengo una foto muy bonita en la que estoy con mi madre».

Ideas sobre la vida que son importantes: «Ser capaz de encajar».

Evaluación de los problemas: «Mis principales problemas son la soledad y lo que me va a pasar en el futuro. Toda mi vida es compleja». «Puntuaría mi soledad con un 8 en malestar, un 8 en alteración y un 2 en control. Mi futuro y lo que va a pasar sería un 10 en malestar, un 10 en alteración y, como no tengo control, un 0».

Cómo sabré que el problema se ha resuelto: «Sabré que el problema se ha resuelto quizá cuando las voces dejen de hablarme, cuando salga de la cárcel y del hospital».

Qué debe cambiar para que esto ocurra: «Tal vez tenga que tomar medicación, tal vez tenga que empezar a hablar con gente de verdad, no con las voces».

La enfermera identificó que Scott necesitaba ayuda para sentirse más seguro emocionalmente. Lo comprometió en

una valoración de su seguridad y desarrollaron juntos un plan de seguridad personal.

Más tarde durante esa semana, las enfermeras observaron que Scott pasaba mucho tiempo en su habitación. En vez de animar a Scott a participar en actividades de la unidad, su enfermera compartió su observación y le preguntó si lo ayudaba estar tanto tiempo en la cama, solo en la habitación. La respuesta de Scott fue que «las voces no me molestan tanto». Ello llevó a una conversación, ayudando a la enfermera a empezar a comprender qué es lo que le parecía a Scott que le podría ser útil.

En otra conversación, la enfermera de cabecera hizo «la pregunta del milagro»: «Supón que esta noche, mientras duermes, el problema que tienes se resuelve milagrosamente. ¿Cómo lo sabrías? ¿Cuál sería la primera diferencia que notarías al despertarte?» La respuesta inesperada de Scott fue: «Tendría un amigo». Al explorar, más que cerrar la narrativa, la enfermera empezó a implicar a Scott en «qué hacer» para ayudarlo.

La valoración holística y el plan de seguridad personal representan los primeros pasos para ayudar a Scott a *reclamar* la propiedad de la historia de sus dificultades y sufrimiento: empezar a explorar qué medidas deben tomarse (por parte de Scott y de otras personas) para reducir su sufrimiento y abordar sus problemas. Dentro del modelo de la marea, el foco de atención de la enfermera es pragmático. Al unirse a Scott para explorar sus dificultades desde esta perspectiva, según la descripción de su experiencia en las propias palabras de Scott, la enfermera empieza a desarrollar una relación empática y de apoyo. El objetivo principal es ayudar a Scott a *dar sentido* a lo que le ha sucedido, en lugar de decírselo, para ayudarlo a identificar el papel que ha desempeñado en el desarrollo de sus problemas, y empezar a trabajar en lo que hay que hacer para solucionarlos. Cuando una persona como Scott pase a reintegrarse en el mundo cotidiano, llevará consigo el autoconocimiento que ha adquirido a través de las diversas relaciones establecidas en el trabajo individual y en grupo. En lugar de esperar que Scott sea pasivo o complaciente, la enfermera confía en que participe lo más plenamente posible para construir la forma de cuidados que necesita, estableciendo la propiedad no solo de sus problemas sino también de los medios finales para resolverlos. Claramente, este enfoque impone demandas emocionales e intelectuales importantes tanto en la persona como en la enfermera.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. El plan de seguridad tiene dos preguntas: ¿Qué puedo hacer para solucionar mis problemas actuales? ¿Qué ayuda pueden ofrecer los demás que me resulte valiosa? Entonces, ¿cómo sería el plan de seguridad de Scott?
2. Seleccione tres o cuatro de los diez compromisos del modelo de la marea y considere cómo podrían ponerse en práctica.
3. ¿Dónde encontraría apoyo para los diez compromisos del modelo de la marea en su lugar de trabajo?
4. ¿Cuál es la pregunta clave del modelo de la marea?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Barker, P. J. (2003b). *The 10 commitments: Essential values of the Tidal Model*. Recuperado de: <http://www.tidal-model.com/10%20commitments.html>.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007a). *The Tidal Model—Mental health recovery and reclamation*. Newport-on-Tay, UK: Clan Unity International.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). *The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 93–100.
- La página web del modelo de la marea en www.tidal-model.com permite acceder a la comunidad internacional de la marea.

BIBLIOGRAFÍA

- American Nurses' Association. (1980). *Nursing. A social policy statement*. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- Barker, P. J. (1987). *An evaluation of specific nursing interventions in the management of patients suffering from manic-depressive psychosis* [Unpublished doctoral thesis]. Dundee, Scotland: Dundee Institute of Technology, University of Abertay.
- Barker, P. J. (1989). Reflections on the philosophy of caring in mental health. *International Journal of Nursing Studies*, 26(2), 131–141.
- Barker, P. J. (1995). Promoting growth through community mental health nursing. *Mental Health Nursing*, 15(3), 12–15.
- Barker, P. J. (1996a). Chaos and the way of Zen: Psychiatric nursing and the “uncertainty principle. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(4), 235–243.
- Barker, P. J. (1996b). The logic of experience: Developing appropriate care through effective collaboration. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5(1), 3–12.
- Barker, P. J. (1997). Towards a meta-theory of psychiatric nursing. *Mental Health Practice*, 1(4), 18–21.
- Barker, P. J. (1998a). It's time to turn the tide. *Nursing Times*, 94(46), 11–12.
- Barker, P. J. (1998b). The future of the theory of interpersonal relations? A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(3), 213–220.
- Barker, P. J. (1999a). *Qualitative research in nursing and health care*. London: NT Books.
- Barker, P. J. (1999b). *The philosophy and practice of psychiatric nursing*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Barker, P. J. (2000a). Commentaries and reflections on mental health nursing in the UK at the dawn of the new millennium: Commentary 1. *Journal of Mental Health*, 9(6), 617–619.
- Barker, P. J. (2000b). From chaos to complex order: Personal values and resources in the process of psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36(2), 51–57.
- Barker, P. J. (2000c). Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 329–336.
- Barker, P. J. (2000d). The Tidal Model: The lived experience in person-centered mental health care. *Nursing Philosophy*, 2(3), 213–223.
- Barker, P. J. (2000e). *The Tidal Model: Theory and practice*. Newcastle, UK: University of Newcastle.
- Barker, P. J. (2001a). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240.
- Barker, P. J. (2001b). The Tidal Model: Developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79–87.
- Barker, P. J. (2001c). The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health nursing. *Nursing Philosophy*, 2(3), 213–223.
- Barker, P. J. (2002a). Annie Altschul—An appreciation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(2), 127–128.
- Barker, P. J. (2002b). Doing what needs to be done: A respectful response to Burnard and Grant. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 232–236.
- Barker, P. J. (2003a). *Psychiatric and mental health nursing. The craft of caring*. London: Arnold.

- Barker, P. J. (2009). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring* (2nd ed.). London: Arnold.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2004a). Beyond empowerment: Revering the storyteller. *Mental Health Practice*, 7(5), 18–20.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004b). *Spirituality and mental health: Breakthrough*. London: Whurr.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London: Brunner-Routledge.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2007b). Words of wisdom. *Nursing Standard*, 21(37), 24–25.
- Barker, P., Campbell, P., & Davidson, B. (1999a). *From the ashes of experience: Reflections on madness, recovery and growth*. London: Whurr.
- Barker, P. J., & Jackson, S. (1997). No apologies for “imperialist” view [Letter]. *Nursing Standard*, 11(20), 10.
- Barker, P., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999b). The need for psychiatric nursing: Toward a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry*, 6(2), 103–111.
- Barker, P. J., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999c). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(4), 273–282.
- Barker, P. J., Reynolds, W., & Stevenson, C. (1997). The human science basis of psychiatric nursing: Theory and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 660–667.
- Barker, P. J., Reynolds, W., & Ward, T. (1995). The proper focus of nursing: A critique of the caring ideology. *International Journal of Nursing Studies*, 32(4), 386–397.
- Barker, P. J., Stevenson, C., & Leamy, M. (2000). The philosophy of empowerment. *Mental Health Practice*, 20(9), 8–12.
- Barker, P. J., & Walker, L. (2000). Nurses’ perceptions of multidisciplinary teamwork in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(6), 539–546.
- Barker, P. J., & Whitehill, I. (1997). The craft of care: Towards collaborative caring in psychiatric nursing. In S. Tilley (Ed.), *The mental health nurse. Views of practice and education* (pp. 15–27). Oxford, UK: Blackwell Science.
- Brookes, N., Tansey, M., & Murata, L. (2006). Guiding practice development using the Tidal Commitments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 460–463.
- Buchanan-Barker, P. (2004). The Tidal Model: Uncommon sense. *Mental Health Nursing*, 24(3), 6–10.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. J. (2003). *Growth and development*. Retrieved from <http://www.tidal-model.com/Growth%20and%20Development.pdf>.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2005). The Ten Commitments: A value base for mental health recovery. *Journal of Psychosocial & Mental Health Nursing*, 44(9), 29–33.
- Cam, M. O., & Turgut, E. O. (2019). A model suggestion for the recovery of women exposed to violence: Tidal Model. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(2), 248–256.
- Cook, N., Phillips, B., & Sadler, D. (2005). The Tidal Model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 536–540.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- dos Santos, I., Andrade, L., Clos, A., & Nascimento, A. V. (2015). An esthetic and sociopoetic perspective on caring for people with mental disorder: Appropriating the Tidal Model. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(6), 765–770.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327–358.
- Fletcher, E., & Stevenson, C. (2001). Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. *Nursing Standard*, 15(49), 33–36.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine/Atherton.
- Gordon, W., Morton, T., & Brooks, G. (2005). Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 703–712.
- Henderson, J. (2013). How the Tidal Model was used to overcome a risk-averse ward culture. *Mental Health Practice*, 17, 34–37.
- Heron, J. (1996). *Cooperative inquiry: Research into the human condition*. London: Sage.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis—The expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Jackson, S., & Stevenson, C. (1998). The gift of time from the friendly professional. *Nursing Standard*, 12(1), 31–33.
- Jackson, S., & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 378–388.
- Jackson, S., & Stevenson, C. (2004). How can nurses meet the needs of mental health clients? In D. Kirby, D. Hart, D. Cross, & G. Mitchell (Eds.), *Mental health nursing—Competencies for practice* (pp. 32–45). Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.
- Jonsson, B. (2005). *Ten thoughts about time*. London: Constable and Robinson.
- Kilmer, D. L., & Lane-Tillerson, C. (2013). When still waters become a soul tsunami: Using the Tidal Model to recover from shipwreck. *Journal of Christian Nursing*, 30(2), 100–104.
- Lafferty, S., & Davidson, R. (2006). Putting the person first. *Mental Health Today*, 31–33.
- Lassenius, O. (2014). *Being physically active—A bodily anchorage on the journey for recovery in mental ill-health* [Unpublished doctoral thesis]. Stockholm, Sweden: Karolinska Institute.
- McAllister, M. (2003). Doing practice differently: Solution-focused nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 528–535.
- Michael, S. P. (1994). Invisible skills: How recognition and value need to be given to the “invisible skills” frequently used by mental health nurses, but often unrecognized by those unfamiliar with mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(1), 56–57.
- Miller, J. (1983). Objections to psychiatry: Dialogue with Thomas Szasz. In J. Miller (Ed.), *States of mind: Conversations with psychological investigators* (pp. 290). London: British Broadcasting.

- Montgomery, C., & Webster, D. (1993). Caring and nursing's metaparadigm: Can they survive the era of managed care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(4), 5–12.
- Morita, M., Kondo, A., Le Vine, P., & Morita, S. (1998). *Morita Therapy and the true nature of anxiety-based disorders (Shinkeishitsu)*. New York: State University of New York Press.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putman.
- Peplau, H. E. (1969). Theory: The professional dimension. In C. M. Norris (Ed.), *Proceedings of the first nursing theory conference* (pp. 33–46). Kansas City, KS: University of Kansas Medical Center, Department of Nursing Education.
- Podvoll, E. M. (1990). *The seduction of madness: Revolutionary insights into the world of psychosis and a compassionate approach to recovery at home*. New York: HarperCollins.
- Ontario, Registered Nurses' Association of (2015). *Best practice guideline: Person and family-centred care*. Toronto, Canada: Author.
- Reynolds, D. (1984). *Playing ball on running water: The Japanese way to building a better life*. New York: William Morrow.
- Stevenson, C. (1996). The Tao, social constructivism and psychiatric nursing practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(4), 217–224.
- Stevenson, C., Barker, P., & Fletcher, E. (2002). Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 271–276.
- Stevenson, C., & Fletcher, E. (2002). The Tidal Model: The questions answered. *Mental Health Practice*, 5(8), 29–38.
- Stevenson, C., Jackson, S., & Barker, P. (2003). Finding solutions through empowerment: A preliminary study of a solution-oriented approach to nursing in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 688–696.
- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- Szasz, T. S. (2000). The case against psychiatric power. In P. J. Barker, & C. Stevenson (Eds.), *The construction of power and authority in psychiatry*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.
- Travelbee, J. (1969). *Intervention in psychiatric nursing: Process in the one-to-one relationship*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Turgut, E. O., & Çam, M. O. (2020). The effect of Tidal Model-based psychiatric nursing approach on the resilience of women survivors of violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(5), 429–437.
- Vicenzi, A. E. (1994). Chaos theory and some nursing considerations. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 32–44.
- Webster, D., Vaughn, K., & Martinez, R. (1994). Introducing solution-focused approaches to staff in inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 254–261.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yeats, W. B. (1928). *The tower*. New York: Macmillan.
- Zuaboni, G. (2015). Das Gezeitenmodell: Mit Leadership zu neuen Ufern aufbrechen. *NOVAcura*, 2(1), 15–17.
- Zuaboni, G., Burr, C., & Schulz, M. (2013). *Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. Bern, Germany: Verlag Hans.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Libros

- Barker, P. J. (1999). *The philosophy and practice of psychiatric and mental health nursing*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Barker, P. J. (1999). *The talking cures: A guide to the psychotherapies for health care professionals*. London: NT Books.
- Barker, P. J. (2004). *Assessment in psychiatric and mental health nursing*. In *search of the whole person* (2nd ed.): London: Nelson-Thornes.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2004). *Spirituality and mental health: Breakthrough*. London: Whurr.

Capítulos de libros

- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2008). Spirituality and mental health. In T. Turner, & R. Tummey (Eds.), *Critical issues in mental health* (pp. 58–71). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Barker, P. J., & Davidson, B. (1998). *Psychiatric nursing: Ethical strife*. London: Arnold.
- Barker, P. J., Manos, E., Novak, V., & Reynolds, B. (1998). The wounded healer and the myth of mental well-being: Ethical issues concerning the mental health status of psychiatric nurses. In P. J. Barker, & B. Davidson (Eds.), *Psychiatric nursing: Ethical strife*. London: Arnold.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2011). The Tidal Model. In D. Cooper (Ed.), *Intervention in mental health-substance use*. Oxford, UK: Radcliffe.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2012). The Tidal Model. In D. Cooper, & J. Cooper (Eds.), *Palliative care within mental health*: London: Radcliffe.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2019). Tidal: Upptacktsresan. In L. Wiklund-Gustin (Ed.), *Vardande vid psykisk ohälsa—pa avancerad nivå (Ch 16)*. Studentlitteratur: Lund.

Artículos de revistas

- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2004). Bridging: Talking meaningfully about the care of people at risk. *Mental Health Practice*, 8(3), 12–15.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2004). Experts without a voice. *Nursing Standard*, 18(50), 22–23.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). Still invisible after all these years: Mental health nursing on the margins. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 252–256.
- Barker, P. J. (1990). The conceptual basis of mental health nursing. *Nurse Education Today*, 10, 339–348.
- Barker, P. J. (1990). The philosophy of psychiatric nursing. *Nursing Standard*, 3(12), 28–33.
- Barker, P. J. (1993). The Peplau legacy ... Hildegard Peplau. *Nursing Times*, 89(11), 48–51.

- Barker, P. J. (2000). The Tidal Model of mental health care: Personal caring within the chaos paradigm. *Mental Health Care*, 4(2), 59–63.
- Barker, P. J. (2000). Turning the tide. *Open Mind*, 106, 10–11.
- Barker, P. J. (2000). The virtue of caring. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 329–336.
- Barker, P. J. (2002). The Tidal Model: The healing potential of metaphor within the patient's narrative. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(7), 54–55, 42–50.
- Barker, P. J. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 96–102.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171–180.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2011). Mental health nursing and the politics of recovery: A global reflection. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 350–358.
- Barker, P. J., & Cutcliffe, J. (1999). Clinical risk: A need for engagement not observation. *Mental Health Practice*, 2(8), 8–12.
- Hungerford, C. (2014). Recovery as a model of care? Insights from an Australian case study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 156–164.
- Simpson, A., & Barker, P. J. (2007). The persistence of memory: Using narrative picturing to co-operatively explore life stories in qualitative inquiry. *Nursing Inquiry*, 14(1), 35–41.
- Fuentes secundarias**
- Adam, R., Tilley, S., & Pollock, L. (2003). Person first: What people with enduring mental disorders value about community psychiatric nurses and CPN services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 203–212.
- Biley, F. C. (2010). My life: My encounters with insanity. *Journal of Holistic Nursing*, 28, 150–155.
- Bowles, A. (2000). Therapeutic nursing care in acute psychiatric wards: Engagement over control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 179–184.
- Brookes, N. (2018). The Tidal Model of Mental Health Recovery. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed., pp. 504–526). St. Louis, MO: Mosby.
- Brookes, N., Murata, L., & Tansey, M. (2008). Making waves: Implementing the new Tidal Model of Mental Health Recovery. *Canadian Nurse*, 104(8), 22–27.
- Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: A human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64–74.
- Clark, G., Ferguson, J., O'Brien, L., Fitzgerald, M., & Vella, N. (2009). Preparing the beach head. An education program in interpersonal skills to prepare for implementation of the Tidal Model in an adolescent mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(Suppl. 1), A4.
- Cratty, P., & Chabak, B. (2017). Use of a Tidal Model informed program to improve patient satisfaction and decrease chemical restraints on an adult inpatient psychiatric unit at a community hospital. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(4), 304.
- Davidson, L. (2005). Recovery, self-management and the expert patient—Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25–35.
- Delaney, K. R. (2012). Moving to a recovery framework of care: Focusing attention on process. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 165.
- Delaney, K. R., & Ferguson, J. (2011). Psychiatric mental health nursing: A dialogue on the nature of our practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 148–150.
- Delaney, K. R., & Shattell, M. M. (2011). Special edition: Inpatient psychiatric treatment: Moving the science forward final. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 158–159.
- dos Santos, I., & Andrade, L. (2015). Aplicabilidade de teorias de enfermagem na prática cotidiana do trabalho. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 23(3), 295–296.
- Ferguson, J., O'Brien, L., Vella, N., Clark, G., Gillies, D., & Fitzgerald, M. (2009). Implementing the Tidal Model: Nurses developing a mind to care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(Suppl. 1), A8.
- Fitzgerald, M., O'Brien, L., Ferguson, J., et al. (2009). With partnership in mind ... bringing the Tidal Model to life in an adolescent acute inpatient setting: The perspective of the young person and their family or carer. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(Suppl. 1), A8.
- Harnett, P. J., & Greaney, A. M. (2008). Operationalizing autonomy: Solutions for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 2–9.
- Hayne, Y. M. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: Client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 722–729.
- Hipfner, C. M., Bennett, L., Gettle, D., New, C., & Howell, S. (2017). Teaching recovery principles with concept map care planning. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(5), 292–299.
- Hosany, Z., Wellman, N., & Lowe, T. (2007). Fostering a culture of engagement: A pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 688–695.
- Kidd, J. (2010). Cultural boundary surfing in mental health nursing: A creative narration. *Contemporary Nurse*, 34(2), 277–288.
- Neto, Lavorato, G., Rodrigues, L., Silva, R., D. A., Turato, E. R., & Campos, C. J. G. (2018). Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 5), 2323–2333.
- Lipczynska, S. (2011). Recovery from mental illness. *Journal of Mental Health*, 20, 420–422.
- McAllister, M., & Moyle, W. (2008). An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 18–26.
- O'Donovan, A. (2007). Patient-centred care in acute psychiatric admission units: Reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 542–548.

- Perraud, S., Delaney, K., Carlson-Sabelli, L., Johnson, M. E., Shepard, R., & Paun, O. (2006). Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: The therapeutic relationship in the 21st century. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(4), 215–226.
- Ramage, D., Ellis, S., & Marks-Maran, D. (2018). The Tidal Model in mental health practice: A person-centred approach. *British Journal of Mental Health Nursing*, 7(3), 137–143.
- Savaşan, A., & Çam, O. (2019). Evaluation of the twelve-month follow-up results from the alcohol-dependent patients followed by the Tidal Model. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 48–54.
- Teixeira, L. A., Monteiro, A. R. M., Guedes, M. V. C., Silva, L. D. F. D., & Freitas, M. C. D. (2018). The Tidal Model: Analysis based on Meleis's perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 457–462.
- Thomas, S. P. (2012). New thoughts on talk therapies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 135–136.
- Vella, N., Fitzgerald, M., O'Brien, L., Ferguson, J., Clark, G., & Gillies, D. (2009). Implementing the Tidal Model: Implications for management and clinical leadership in the delivery of quality care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(Suppl. 1), A24–A25.
- Young, B. B. (2010). Using the Tidal Model of Mental Health Recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 569–575.

Katharine Kolcaba: teoría del confort

April Bice*



Katharine Kolcaba
(1944-actualidad)[†]

«En el mundo tecnológico actual, la misión histórica de la enfermería de proporcionar confort a los pacientes y familiares es aún más importante. El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes a las situaciones de la asistencia sanitaria actual y, cuando mejora, los pacientes y las familias se sienten más fuertes para afrontar las tareas que tienen por delante. Además, los profesionales de enfermería se sienten más satisfechos con los cuidados que prestan.»

(K. Kolcaba, comunicación personal, 16 de mayo de 2020)

Durante la inesperada e inolvidable pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en 2020, las enfermeras proporcionaron **confort** de una manera que nunca pensaron. En 2019, la Organización Mundial de la Salud declaró 2020 como el año de la enfermera, y eso es exactamente en lo que se convirtió. Las enfermeras de todo el mundo se han dedicado a reemplazar a familiares y amigos. Proporcionaron **confort** de diversas maneras, incluso durante la muerte de los pacientes, cuando los maridos, las esposas, las madres, los padres, los hijos y las hijas no podían tener cerca a sus seres queridos debido a la cuarentena. Este **confort sustitutivo** se unió a la creciente necesidad de que las enfermeras también recibieran **consuelo** y trascendieran en un mundo moderno que atravesaba una amenaza milenaria: un nuevo virus.

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Katharine Kolcaba nació y estudió en Cleveland, Ohio. En 1965 se diplomó en Enfermería y trabajó a tiempo parcial durante muchos años en enfermería médico-quirúrgica, cuidados de larga duración y cuidado domiciliario, antes de volver a la escuela de posgrado. En 1987, se graduó en la primera promoción de RN (*registered nurse*, «enfermera registrada») a

MSN (*master of science of nursing*, «máster en enfermería») de la escuela de enfermería Frances Payne Bolton de la Case Western Reserve University (CWRU), en la especialidad de gerontología. Mientras estudiaba compartió el cargo de enfermera jefe en una unidad de demencia. Fue en el contexto de esta experiencia donde empezó a teorizar sobre las consecuencias del confort del paciente.

Kolcaba se incorporó al cuerpo docente de la Facultad de Enfermería de la University of Akron tras obtener su título de máster en enfermería y obtener la titulación en gerontología de la American Nurses Association (ANA). Volvió a la CWRU para realizar un doctorado en enfermería a tiempo parcial mientras continuaba trabajando como profesora. Durante los 10 años siguientes, utilizó los cursos de su programa de doctorado para desarrollar y explicar su teoría en una serie de artículos publicados, que ahora se resumen en su libro (Kolcaba, 2003). En esta obra, Kolcaba describe y explica en detalle los conceptos, las proposiciones y la aplicación de la teoría del confort.

La Dra. Kolcaba se retiró de la University of Akron como profesora asociada emérita. Entre sus intereses en el ámbito de la enfermería destacan las intervenciones y la documentación sobre los cambios en el confort para la práctica basada en la evidencia. Reside en la zona de Cleveland con su esposo, donde disfruta estando cerca de sus nietos. Representa a su compañía, *The Comfort Line*, para ayudar a los organismos sanitarios a aplicar la teoría del confort a nivel del sistema.

*Autora anterior: Thérèse Dowd.

[†]Fotografía: Barker's Camera Shop, Chagrin Falls, OH.

También es fundadora y coordinadora de un programa parroquial local para profesionales de enfermería y es miembro de la ANA. Sigue trabajando como asesora de estudiantes de enfermería y enfermeras que quieren saber más sobre la teoría del confort o que realizan estudios sobre el confort a todos los niveles formativos.

FUENTES TEÓRICAS

Kolcaba comenzó su trabajo teórico elaborando un diagrama de su práctica enfermera, una tarea que realizó al principio de sus estudios de doctorado. Cuando Kolcaba presentó su marco para el cuidado de la demencia (Kolcaba, 1992a), un miembro del público le preguntó si había realizado un análisis conceptual sobre el confort. La respuesta a esta pregunta fue «no» y despertó algo en Kolcaba. Esta pregunta daría lugar al inicio de su trabajo pionero sobre el concepto de confort holístico.

El primer paso, el análisis del concepto (Kolcaba y Kolcaba, 1991), comenzó con una amplia revisión sobre el confort desde las disciplinas de la enfermería, la medicina, la psicología, la psiquiatría, la ergonomía y la lengua inglesa (concretamente del uso que le dan Shakespeare y el *Oxford English Dictionary* [OED] a la palabra confort). Del OED, Kolcaba aprendió que la definición original de confort era «fortalecer en gran medida». Esta definición proporcionó una razón poderosa para que los profesionales de enfermería conforten a los pacientes, porque los pacientes tendrán unos mejores resultados de salud y ellos se sentirán más satisfechos. El siguiente paso de Kolcaba se centró en la operacionalización del confort (Kolcaba, 1992b), seguido del desarrollo seminal de un marco teórico del confort holístico (Kolcaba, 1994).

Existen abundantes registros históricos sobre el confort en la enfermería. De 1900 a 1929, el confort era el objetivo central de la enfermería y la medicina porque, a través del confort, se lograba la recuperación (Kolcaba, 2003; McIlveen y Morse, 1995). Ni los antibióticos, ni la quimioterapia ni la tecnología podían acelerar la recuperación de la salud. El profesional de enfermería estaba obligado a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad del paciente. Aikens (1908) propuso que nada de lo que concierne a la comodidad del paciente era lo suficientemente pequeño como para ignorarlo. Las buenas enfermeras hacían que los pacientes se sintieran cómodos, y proporcionarles confort era uno de los principales factores determinantes de la capacidad y el carácter de las enfermeras (Aikens, 1908). Harmer (1926) afirmó que un objetivo de la labor de enfermería consiste en «la comodidad y la felicidad del paciente, tanto mental como física» (p. 30). Goodnow (1935) dedicó un capítulo de su libro, *The Technique of Nursing*, al confort del paciente. Explica que hacer que los pacientes se sientan cómodos, tanto física como mentalmente, es un objetivo primordial de las enfermeras; los cuidados implican algo más que el cuerpo físico. Otros relatos de las primeras enfermeras sobre el confort incluían la aplicación de un masaje con calor en la espalda, elevar los pies de la cama, proporcionar almohadas blandas y ofrecer líquidos (Clark, 1946).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Las semillas de la investigación moderna sobre el resultado del confort se sembraron a finales de la década de 1980, marcando un periodo de conciencia colectiva, aunque diferenciada, sobre el concepto de confort holístico. Hamilton (1989) dio un salto adelante al explorar el significado del confort. El tema que apareció con mayor frecuencia fue el alivio del dolor, pero los pacientes también identificaron la importancia del mobiliario ergonómico y de la sensación de independencia, ánimo, valía y utilidad. Al mismo tiempo que Kolcaba trabajaba para conceptualizar el confort, otros autores también exploraban el concepto. Un grupo de autores argumentó que, si bien «el papel central de la enfermería es proporcionar confort, no es posible alcanzar el confort total en la enfermería» (Morse et al., 1994, p. 189). Además, Morse, (1992, p. 92) sostiene que «el propósito último de la enfermería es promover el confort del cliente, más que simplemente cuidar del paciente».

En estos ejemplos, el confort es positivo y se consigue con la ayuda de las enfermeras. «Intuitivamente, el confort actúa como código de la vida» (T. Dowd, comunicación personal, 26 de mayo de 2020). El concepto varía semánticamente según sea verbo, sustantivo, adjetivo, adverbio, proceso o resultado. Kolcaba utilizó las ideas de tres de las primeras teóricas de la enfermería para sintetizar o derivar los tipos de confort en el análisis conceptual (Kolcaba, 2003; Kolcaba y Kolcaba, 1991).

- El **alivio** se sintetizó a partir del trabajo de Orlando (1961), quien explicó que las enfermeras aliviaban las necesidades expresadas por los pacientes.
- La **tranquilidad** se sintetizó a partir del trabajo de Henderson (1966), quien describió 14 funciones básicas del ser humano que deben mantenerse durante los cuidados.
- La **transcendencia** se derivó a partir de las ideas de Paterson y Zderad (1975), quienes propusieron que los pacientes superaran sus dificultades con la ayuda de las enfermeras.

A partir de la revisión de la literatura de enfermería sobre el holismo y los cuidados holísticos surgieron cuatro contextos de confort (Kolcaba, 2003). Estos contextos son el **físico**, el **psicoespiritual**, el **sociocultural** y el **del entorno**, y se definen en la figura 33.1. Los contextos son importantes por separado, pero en conjunto crean un grupo completo de dominios en los que existe el confort. Cuando los cuatro contextos se yuxtaponen y se comparan en paralelo con los tres tipos de confort, se crea una estructura taxonómica (matriz), a partir de la cual se consideran las complejidades del confort como un resultado. La estructura taxonómica proporciona un mapa del dominio del contenido del confort. Las enfermeras científicas y otros investigadores pueden diseñar, modificar o traducir cuestionarios sobre el confort para su población específica utilizando la estructura taxonómica de Kolcaba como guía. Se pueden encontrar muchas traducciones en la página web de Kolcaba, *The Comfort Line*, donde se recogen los pasos para la adaptación del General Comfort Questionnaire (GCQ).

		Tipo de confort		
		Alivio	Tranquilidad	Transcendencia
Contexto en el que se produce el confort	Físico			
	Psicoespiritual			
	Del entorno			
	Social			

Tipo de confort:
Alivio: estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica
Tranquilidad: estado de calma o satisfacción
Transcendencia: estado en el que uno ha superado los problemas o el dolor

Contexto en el que se produce el confort:
Físico: perteneciente a las sensaciones del cuerpo
Psicoespiritual: perteneciente a la conciencia interna de uno mismo, incluidos la estima, el concepto, la sexualidad y el significado de la propia vida; la relación de uno mismo con un orden o ser superior
Del entorno: perteneciente al entorno, a las condiciones y a las influencias externas
Social: perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales

Fig. 33.1 Estructura taxonómica del confort. (Tomado de Kolcaba, K., & Fisher, E. [1996]. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18[4], 66–76.)

 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Las **necesidades de atención sanitaria** son necesidades de confort derivadas de situaciones estresantes de la atención sanitaria que no pueden ser satisfechas por los sistemas de apoyo tradicionales de los receptores. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, socioculturales o del entorno. Se ponen de manifiesto a través de: a) informes de seguimiento, verbales o no verbales; b) necesidades relacionadas con parámetros fisiopatológicos; c) necesidades de educación y apoyo, y d) necesidades de asesoramiento e intervención financiera (Kolcaba, 2003).

Las **intervenciones de confort** son acciones de enfermería intencionadas y derivaciones diseñadas para abordar las necesidades específicas de confort de los receptores, incluidas las necesidades fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas (Kolcaba, 2003).

Las **variables de intervención** son fuerzas que interactúan e influyen en la percepción del confort total por parte

de los receptores. Consisten en las experiencias pasadas, la edad, la actitud, el estado emocional, el sistema de apoyo, el pronóstico, las finanzas, la educación, los antecedentes culturales y la totalidad de los elementos de la experiencia de los receptores (Kolcaba, 2003). Estas variables de intervención influyen en la planificación y el éxito de las intervenciones de cuidados en los pacientes. En la investigación, pueden incluirse en el formulario demográfico.

El **confort** es el estado inmediato que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata e integral de fortalecerse cuando se abordan las necesidades de la persona. Los tres tipos de confort son alivio, tranquilidad y transcendencia. Los cuatro contextos son el físico, el psicoespiritual, el sociocultural y el del entorno (Kolcaba, 2003) (v. estos tipos y contextos en [fig. 33.1](#)).

Las **conductas de búsqueda de la salud** componen una amplia categoría de resultados relacionados con la búsqueda de la salud, tal y como la definen los receptores en consulta

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

con la enfermera. Las categorías fueron sintetizadas por Schlotfeldt (1975) y se propusieron como internas, externas o muerte pacífica. Las conductas internas son las que no podemos ver, como la curación quirúrgica, la formación de linfocitos T o el equilibrio electrolítico; las conductas externas son las que podemos ver directamente, como la deambulación, o indirectamente, como la presión arterial.

Integridad institucional

Las empresas, las comunidades, las escuelas, los hospitales, las regiones, los estados y los países que poseen las cualidades de ser completos, totales, razonables, rectos, solícitos, éticos y sinceros poseen integridad institucional. Cuando las instituciones hacen gala de esta integridad, se ponen de

manifiesto las mejores prácticas y las mejores políticas (Kolcaba, 2003).

Mejores prácticas

El uso de intervenciones sanitarias basadas en la evidencia para obtener los mejores resultados posibles para el paciente y su familia se conoce como mejores prácticas.

Mejores políticas

Las políticas institucionales o regionales, que van desde los protocolos para procedimientos y enfermedades hasta el acceso a la asistencia sanitaria y su prestación, se conocen como mejores políticas. En la figura 33.2 se ilustra la relación entre la integridad institucional, las mejores prácticas y las mejores políticas.

PRINCIPALES PREMISAS

1. Los seres humanos tienen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. El confort es un resultado holístico de valor añadido que tiene que ver con la disciplina de la enfermería.
3. El confort es una necesidad humana básica que las personas se esfuerzan por satisfacer o han satisfecho. Es un esfuerzo activo.
4. Un mayor confort fortalece a los pacientes para que adopten las conductas de búsqueda de la salud de su elección.
5. Los pacientes que están capacitados para participar activamente en conductas de búsqueda de la salud están satisfechos con su atención sanitaria.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores de los cuidados. Igualmente importante es la orientación a un entorno integral que fomente la salud para las familias y los profesionales sanitarios (Kolcaba, 2003).

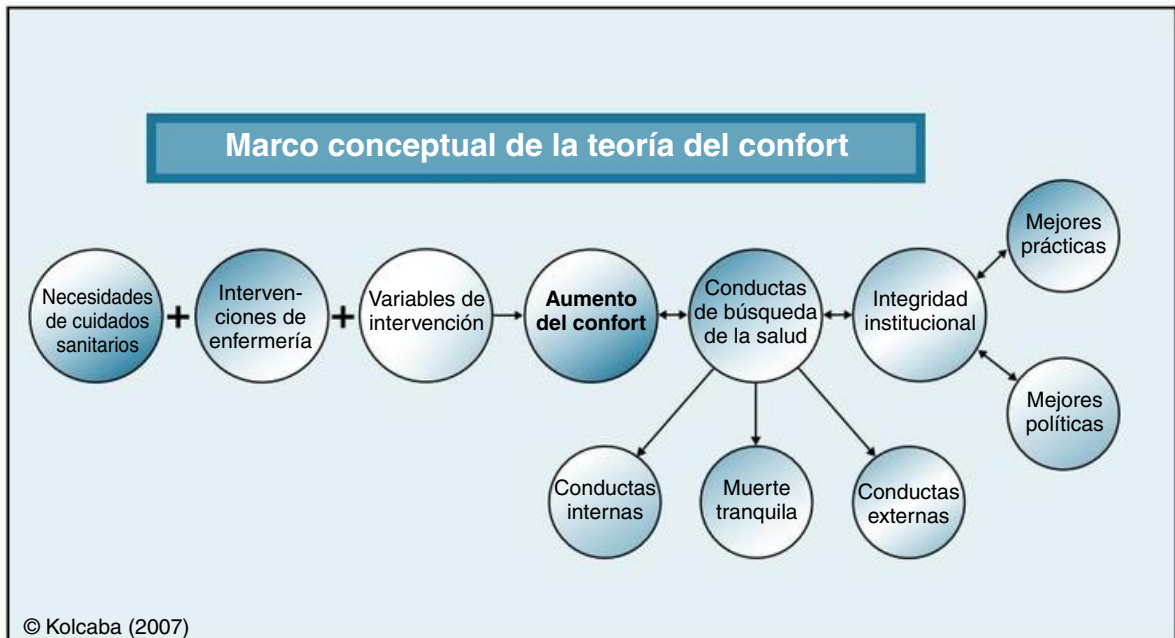


Fig. 33.2 Marco conceptual de la teoría del confort. (Copyright Kolcaba, 2007. <http://www.thecomfortline.com>.)

Enfermería

La enfermería es la evaluación intencional de las necesidades de confort, el diseño de intervenciones de confort para abordar esas necesidades, y la reevaluación de los niveles de confort después de la implementación en comparación con un valor de referencia. La evaluación y la reevaluación pueden ser intuitivas, subjetivas o ambas, como cuando una enfermera pregunta al paciente si está cómodo. Las evaluaciones objetivas comprenden la observación de la curación de las heridas, los cambios en los valores analíticos o los cambios de conducta. La evaluación del confort se realiza mediante la administración de escalas de valoración verbales (clínica) o cuestionarios de confort (investigación), utilizando los instrumentos desarrollados por Kolcaba (2003).

Persona

Los destinatarios de los cuidados pueden ser personas, familias, instituciones o comunidades que necesitan asistencia sanitaria. Las enfermeras pueden ser receptoras de un mayor confort en el lugar de trabajo cuando se emprenden iniciativas para mejorar las condiciones laborales (Boudiab y Kolcaba, 2015).

Entorno

El entorno es cualquier aspecto del paciente, de la familia o del ámbito institucional que puede ser manipulado por las enfermeras, los seres queridos o la institución para mejorar el confort.

Salud

La salud es el funcionamiento óptimo de un paciente, una familia, un profesional sanitario o una comunidad, tal como lo define el paciente o el grupo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La teoría del confort contiene tres afirmaciones proposicionales (partes) que pueden comprobarse por separado o en conjunto.

1. La **parte 1** establece que las intervenciones de confort, cuando son eficaces, tienen como resultado un mayor confort para los receptores (pacientes y familias) en comparación con la situación previa a la intervención. Los cuidadores pueden considerarse receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su entorno laboral. Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres integrales. Estas intervenciones de confort habitualmente no son técnicas y complementan la prestación de cuidados técnicos.
2. La **parte 2** afirma que el aumento del confort de los receptores de los cuidados se traduce en una mayor participación en conductas de búsqueda de la salud (objetivos) que se negocian con los receptores.
3. La **parte 3** afirma que el aumento de la participación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en un aumento de la calidad de los cuidados, lo que beneficia a la

institución y a su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y las mejores políticas.

Kolcaba cree que las enfermeras quieren practicar unos cuidados de confort y que estos pueden incorporarse fácilmente a todas las acciones de enfermería. Propone que este tipo de práctica de confort fomenta la mayor creatividad y satisfacción de los profesionales de enfermería, además de la alta satisfacción de los pacientes. Para mejorar el confort, el profesional de enfermería debe aplicar las intervenciones apropiadas y documentar los resultados en el historial médico del paciente. Sin embargo, aunque la intervención adecuada se aplique de forma deliberada y reconfortante, quizás no se mejore lo suficiente la comodidad. Cuando el confort todavía no se ha aumentado al máximo, los profesionales de enfermería consideran variables de intervención para explicar por qué no funciona la gestión del confort. Estas variables pueden ser maltrato en el hogar, falta de recursos económicos, diagnósticos devastadores o deterioros cognitivos que hacen ineficaces las intervenciones y acciones de confort más adecuadas. La gestión del confort o los cuidados confortables comprenden intervenciones, acciones, el objetivo de mejorar el confort y la selección de conductas de búsqueda de la salud adecuadas por los pacientes, las familias y sus profesionales de enfermería. Por tanto, se ha propuesto que la gestión del confort es proactiva, enérgica, intencionada y deseada por los receptores de los cuidados en todos los contextos. Para reforzar el rol de las enfermeras como agentes de confort, es esencial la documentación de los cambios en el confort antes y después de sus intervenciones. En el uso clínico, Kolcaba propone pedir a los pacientes que puntúen su grado de confort de 0 a 10, siendo 10 el máximo confort posible en una situación de atención sanitaria dada. Esta documentación podría formar parte de las bases de datos electrónicas de cada institución (Boudiab y Kolcaba, 2015). El confort total puede no ser posible en la mayoría de las situaciones de la asistencia sanitaria, pero un aumento de la comodidad fortalecerá a los pacientes.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

Kolcaba utilizó tres tipos de razonamiento lógico en el desarrollo de la teoría del confort: 1) inducción; 2) deducción, y 3) retroducción (Hardin y Bishop, 2010). La inducción se produce cuando se elaboran generalizaciones a partir de una serie de casos específicos observados (p. ej., la investigación cualitativa inductiva o los análisis de conceptos). La deducción se produce cuando se infieren conclusiones específicas a partir de premisas o principios generales; se procede de lo general a lo específico (Hardin y Bishop, 2010). La deducción en la teoría del confort dio lugar a la relación del confort con otros conceptos para crear una teoría. La retroducción es útil para seleccionar nuevos fenómenos que puedan desarrollarse más y probarse (Hardin y Bishop, 2010). Utilizando la retroducción, Kolcaba añadió el concepto de integridad institucional a la teoría de nivel medio del confort. Al añadir ese término, la teoría se amplió para considerar las relaciones entre las

conductas de búsqueda de la salud y la integridad institucional. Posteriormente, los conceptos de mejores prácticas y mejores políticas se vincularon a la integridad institucional (Kolcaba, 2003).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Después de que Kolcaba desarrollara su teoría, fue la primera enfermera investigadora en demostrar que los cambios en el confort podían medirse mediante un diseño experimental. En el estudio de su tesis doctoral, las necesidades de cuidados sanitarios (necesidades de confort) fueron las asociadas a un diagnóstico de cáncer de mama en su fase inicial (Kolcaba y Fox, 1999). En la intervención integral se utilizó una visualización guiada, diseñada específicamente para cubrir las necesidades de confort de estas pacientes, y el resultado deseado era su confort. Los hallazgos revelaron un confort significativamente mayor a lo largo del tiempo en las mujeres que realizaban una visualización guiada en comparación con un grupo de cuidados habituales. Entre los ejemplos de estudios más recientes de aplicación de la teoría del confort se encuentran:

- Inducción de puntos fijos y terapia de masaje para pacientes con dolor crónico (Townsend et al., 2014).
- Reducción del estrés basada en la atención plena para residentes de edad avanzada en residencias geriátricas y centros socio sanitarios (Kumar et al., 2014).
- Cuidados de enfermería basados en el confort para mujeres sometidas a cesárea por primera vez (Derya y Pasinlioglu, 2015).
- Uso de mantas térmicas para mejorar el confort de los pacientes psiquiátricos agudos (Parks et al., 2017).
- Determinación de la correlación entre el confort y la retención de líquidos (Estridge et al., 2018).
- Las imágenes guiadas mejoraron el confort entre los pacientes que recibían cuidados paliativos (Coelho et al., 2018).

Práctica profesional

Los estudiantes, las enfermeras en ejercicio y las enfermeras investigadoras han seleccionado esta teoría como marco de referencia para sus estudios, revisiones o trabajos innovadores como la eficacia del masaje manual (Dowd et al., 2006), los efectos de la sanación con las manos en el confort y el estrés (Dowd et al., 2007), el efecto del calentamiento en los pacientes preoperatorios (Wagner et al., 2006), la obstetricia (Barbosa et al., 2014), la salud de los veteranos (Boudiab y Kolcaba, 2015), los cuidados puerperales (Derya y Pasinlioglu, 2015), la docencia dirigida a estudiantes de enfermería (Goodwin y Candela, 2013), los pacientes terminales (Hansen et al., 2015), los pacientes cardíacos (Krinsky et al., 2014), antes de la anestesia (Seyedfatemi et al., 2014) y las intervenciones de confort holístico en procedimientos pediátricos (Bice y Wyatt, 2016).

Las enfermeras de perianestesia han incorporado la teoría del confort a sus guías de práctica clínica para gestionar el

confort del paciente. En este contexto, la gestión del confort específica: 1) la evaluación de las necesidades de confort de los pacientes en relación con la cirugía actual, los problemas de dolor crónico y las comorbilidades; 2) la creación de un contrato de confort con los pacientes antes de la cirugía que especifique las intervenciones de confort eficaces, la medida del confort comprensible y eficaz y el tipo de analgesia posquirúrgica preferida; 3) la facilitación de una posición cómoda, la temperatura corporal y otros factores relacionados con el confort durante la cirugía, y 4) la continuación de la gestión y la medida del confort en el periodo posquirúrgico (Wilson y Kolcaba, 2004).

Formación

La teoría del confort se ha incorporado a los manuales de la Nursing Intervention Classification (Bulechek et al., 2008) y la Nursing Outcomes Classification (Moorehead et al., 2008). La teoría es apropiada para que los estudiantes la utilicen en cualquier ámbito clínico, y su aplicación puede facilitarse mediante el uso de *planes de cuidados* del confort disponibles en la página web de Kolcaba. Un libro de texto útil para la formación es el *Nursing Diagnosis Handbook* (Ackley et al., 2017).

Recientemente, Bice y Bramlett (2019) publicaron un documento de opinión centrado en la necesidad de que el profesorado de enfermería proporcione confort, dados los efectos estresantes asociados a la obtención de títulos de enfermería en todos los niveles. Bice y Bramlett argumentaron la posición única que ocupa el profesorado a la hora de aplicar una pedagogía del confort holístico. Goodwin y Candela (2013) utilizaron la teoría del confort como filosofía de transición en un grupo de enfermeras que estaban empezando a ejercer. Se enseñó a las nuevas enfermeras a buscar el *alivio* de los factores estresantes, a mantener la *tranquilidad* en sus nuevos ámbitos mediante la confianza en los miembros del personal y a lograr la *transcendencia* de sus factores estresantes con el uso de técnicas de autoconfort. Los autores afirmaron que «todos los participantes se refirieron al confort integral (CI) como algo que siguen utilizando tanto con los colegas como con los pacientes, lo que implica que la aplicación del CI por los profesionales de enfermería puede afectar a los resultados de la práctica» (p. 618).

Investigación

Una entrada en la *Encyclopedia of Nursing Research* habla de la importancia de medir el confort como un resultado sensible a la enfermería (Kolcaba, 2012). Los profesionales de enfermería pueden proporcionar pruebas que influyan en la toma de decisiones en el ámbito institucional, comunitario y legislativo por medio de estudios que demuestren la eficacia del cuidado de confort. Kolcaba (2003) pidió que se midiera el confort en los grandes hospitales y en la atención domiciliar para ampliar la teoría y desarrollar la literatura sobre el confort basada en la evidencia.

Utilizando la estructura taxonómica del confort (v. fig. 33.1) como guía, Kolcaba (2003) desarrolló el GCQ para medir el

confort holístico en una muestra de participantes hospitalarios y extrahospitalarios. Se elaboraron ítems positivos y negativos para cada casilla de la cuadrícula de la estructura taxonómica. Se redactaron 24 ítems positivos y 24 negativos con un formato Likert que iba de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Cuanto más alta era la puntuación, mayor era el confort. Al final del estudio de instrumentación con 206 participantes únicos de todo tipo de unidades de dos hospitales y 50 participantes de la comunidad, el GCQ demostró un alfa de Cronbach de 0,88.

Aunque se han difundido recomendaciones innovadoras de la teoría del confort para la enfermería pediátrica (Kolcaba y DiMarco, 2005), hasta hace poco no se han publicado investigaciones en poblaciones pediátricas. Se ha realizado un trabajo inductivo y una investigación de métodos mixtos con la teoría del confort con pacientes pediátricos. En su estudio cualitativo, Bice et al. (2017) exploraron el confort holístico que rodea a los procedimientos invasivos en niños de 5 a 7 años. Este estudio cualitativo inductivo condujo al desarrollo de un instrumento novedoso conocido como Pediatric Procedural Holistic Comfort Assessment (PPHCA), que demostró su viabilidad entre los niños en la etapa preoperatorial del desarrollo (Bice et al., 2019).

Kolcaba invita a los investigadores a modificar sus cuestionarios de confort en función de sus áreas de investigación. Las escalas de puntuación verbales y otros cuestionarios con formatos tradicionales pueden descargarse de la página web de Kolcaba, donde también responde a las preguntas sobre la investigación del confort para apoyar el uso de su teoría. Las instrucciones para utilizar los cuestionarios están disponibles en la página web. La popularidad de la teoría parece asociada a su sencillez y al reconocimiento universal del confort como un resultado deseable de los cuidados de enfermería para los pacientes y sus familias.

EVOLUCIÓN

Kolcaba ha persistido en el desarrollo de su teoría desde la concepción original como origen de su práctica, hasta el análisis del concepto que proporcionó la estructura taxonómica del confort, el desarrollo de formas de medir el concepto y, actualmente, hasta su uso en la práctica, la formación y la investigación. Utilizó una amplia gama de abordajes para construir su teoría.

El desarrollo metódico y la documentación del concepto de confort dieron lugar a una teoría sólida, claramente organizada y lógica que se aplica fácilmente en numerosos ámbitos de formación, práctica e investigación. Kolcaba elaboró plantillas de medida para facilitar la aplicación de la teoría del confort en otros contextos. Las plantillas de manejo del confort que proporcionó para su utilización en la práctica han sido útiles para estudiantes y profesores. Los resultados de la investigación han demostrado lo apropiada que es la teoría para medir los cambios integrales en la persona que fueron captados con menos eficacia con otros tipos de instrumentos.

La afirmación teórica original (parte 1) de la teoría del confort ha resistido las pruebas empíricas. Cuando una intervención de confort se dirige a satisfacer las necesidades integrales de comodidad de los pacientes en situaciones específicas de la atención sanitaria, el confort aumenta más allá de la medida de referencia. Además, el aumento del confort se ha correlacionado con la participación en conductas de búsqueda de la salud (Schlotfeldt, 1975). Deben llevarse a cabo pruebas empíricas de las afirmaciones teóricas para la segunda y tercera partes de la teoría del confort, y publicarse. Kolcaba ha asesorado a gerentes de hospitales y formadores de personal que quieren mejorar la calidad de la atención e incluir la gestión del confort en sus sistemas de documentación (Boudiab y Kolcaba, 2015). Kolcaba considera los cuidados de calidad como acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas de búsqueda de la salud. Kolcaba postula que el énfasis intencionado y el apoyo a la gestión del confort por parte de una institución o comunidad aumentan la satisfacción del paciente y la familia, porque las personas se curan, se fortalecen y se motivan para estar más sanas. Su interés actual comprende extender la teoría del confort a la comunidad. Se sabe que algunas comunidades son más cómodas que otras para vivir, ir al colegio y envejecer.

Un área de interés que es preciso seguir desarrollando es el carácter universal del confort. Actualmente, el GCQ se ha traducido a los idiomas taiwanés, turco, español, iraní, portugués e italiano (v. página web de Kolcaba). El confort en los niños se ha observado con detalle y documentado en entornos perioperatorios (Nancy Laurelberry, comunicación personal, febrero de 2008). El Comfort Daisies para que los niños informen por sí mismos sobre su confort (v. página web de Kolcaba) se ha probado en un entorno hospitalario (Carrie Majka, comunicación personal, febrero de 2008).

La teoría del confort se ha incluido en los sistemas electrónicos de clasificación de enfermería, como la North America Nursing Diagnosis Association (Ackley et al., 2017). La utilización de la teoría ha hecho contribuciones importantes a la práctica y a la disciplina enfermera. Aunque ha dejado la docencia a tiempo completo, Kolcaba sigue trabajando en el desarrollo y la divulgación de la teoría mediante presentaciones, publicaciones y análisis.

La teoría del confort se ha utilizado como marco organizativo para la certificación Magnet Status y los premios a la excelencia en la atención sanitaria. Los profesionales de enfermería suelen elegir este marco, porque describe lo que quieren hacer para los pacientes y sus familiares, y lo que los pacientes desean de dichos profesionales durante su hospitalización. Al hospital se le ofrece un conjunto de usos posibles de los componentes del marco, como turnos de confort, criterios de revisión del rendimiento, métodos de documentación, escalas de criterios clínicos, etc. El beneficio de «valor añadido» cuando los profesionales de enfermería reciben apoyo con niveles adecuados de personal para aplicar sus intervenciones de confort puede demostrarse empíricamente midiendo los

resultados institucionales, como la satisfacción de los pacientes, las designaciones «Best Hospital» y los ahorros de costes.

Y lo que es más importante, la teoría del confort es adecuada para su aplicación a nivel de todo el sistema hospitalario, a fin de proporcionar una base teórica para mejorar el entorno de trabajo. Kolcaba recogió información sobre las necesidades y deseos de los profesionales de enfermería en su práctica y la organizó en la estructura taxonómica del confort. A partir de ese trabajo preliminar, se desarrolló el Nurses Comfort Questionnaire (NCQ), que puede utilizarse en las pruebas piloto de los cambios inspirados por las enfermeras en el entorno de trabajo, como la flexibilidad horaria o la auto-programación, las pausas obligatorias para comer fuera de la unidad, un área de descanso agradable y limpia, o la oportunidad de realizar sesiones de análisis y reflexión después de situaciones difíciles con los pacientes (Boudiab y Kolcaba, 2015; Rondinelli et al., 2015). Tras la pandemia de COVID-19 en 2020 se recomienda una investigación centrada en el confort de las enfermeras en todo el mundo.

Por último, un área importante de desarrollo de la teoría del confort es su aplicación a los niños y la medición del confort holístico con herramientas pediátricas válidas y fiables. Bice et al. (2017, 2019) han comenzado este programa de investigación con un trabajo inductivo centrado en la exploración del confort holístico pediátrico en los procedimientos, así como en el desarrollo continuo del instrumento PPHCA. Es necesario investigar la medida del confort holístico según el concepto y las premisas de la teoría de Kolcaba en lactantes, niños pequeños, niños en edad escolar y adolescentes.

CRÍTICA

Claridad

Kolcaba deja un extenso rastro de artículos que destacan sus pasos en el desarrollo de esta teoría de nivel medio. Son consistentes en términos de definiciones, derivaciones, supuestos y propuestas. Su libro presenta claramente la teoría y los artículos que conducen a ella (Kolcaba, 2003). Kolcaba aplica la teoría a las prácticas específicas utilizando un lenguaje comprensible. Todos los conceptos de investigación están claramente definidos de forma teórica y operativa.

Sencillez

La teoría del confort es sencilla, ya que es básica para los cuidados de enfermería y la misión tradicional de la enfermería. Su lenguaje y aplicación son poco técnicos, pero ello no impide su uso en entornos muy especializados. Existen seis variables en la teoría, y las variables seleccionadas pueden utilizarse en proyectos de investigación o de formación. La principal intención de la teoría es que los profesionales de enfermería vuelvan a una práctica centrada en las necesidades integrales de los pacientes, dentro o fuera de las instituciones. Su sencillez permite a los estudiantes y a las enfermeras aprender y practicar la teoría con facilidad (Kolcaba, 2003).

Generalidad

La teoría de Kolcaba se ha aplicado en numerosos ámbitos de investigación, culturas y grupos de edad. Su libro se ha traducido al alemán, el japonés y el portugués. Si los profesionales de enfermería, las instituciones y las comunidades están comprometidos con los cuidados básicos de enfermería, la teoría del confort permite una práctica integral eficiente e individualizada. La estructura taxonómica del confort facilita a los investigadores el desarrollo de instrumentos de confort para nuevos contextos.

Accesibilidad

La primera parte de la teoría, que afirma que las intervenciones de enfermería eficaces ofrecidas a lo largo del tiempo demuestran un mayor confort, ha sido comprobada y respaldada con numerosos estudios. Además, en el estudio de Dowd et al. (2000), el aumento del confort fue un importante factor predictivo del aumento de las conductas de búsqueda de la salud, lo que sugiere que cuando los pacientes están más cómodos, les va mejor en la rehabilitación o la recuperación. Esta relación empieza a apoyar las partes segunda y tercera de la teoría del confort. Los instrumentos de confort han demostrado tener potentes propiedades psicométricas que apoyan la validez de los cuestionarios como medidas del confort que revelan cambios en el confort con el tiempo y apoyan la estructura taxonómica. Las escalas de calificación verbal (ECV) son especialmente útiles para la práctica clínica; los profesionales de enfermería le piden al paciente que evalúe su confort total de 0 (ningún confort en absoluto) a 10 (mayor confort posible en esta situación). Estas calificaciones son importantes para documentar la eficacia de las intervenciones de enfermería mediante la comparación del confort de referencia con el confort después de los cuidados de enfermería. Las ECV se han utilizado en la investigación y tienen una sólida validez concurrente en comparación con otros cuestionarios sobre el confort (Dowd et al., 2007; Parks et al., 2017).

Importancia

La teoría del confort describe la práctica centrada en el paciente y explica cómo las medidas de confort son importantes para los pacientes y sus familiares, su salud y satisfacción, y la viabilidad de las instituciones. La teoría predice el beneficio de las medidas (intervenciones) eficaces para mejorar el confort y la participación en las conductas de búsqueda de la salud. La teoría del confort está dedicada a fundamentar la enfermería al tender un puente entre esta disciplina y sus raíces. La documentación de las estrategias de confort y sus efectos respalda empíricamente los conocimientos actuales de enfermería. Los resultados del confort describen los efectos de las interacciones útiles con los pacientes y los familiares que van más allá de las listas de comprobación de tareas o de la prescripción médica. Comprende los conocimientos avanzados y la ciencia de la enfermería. Es recomendable que los sistemas de datos electrónicos incluyan resultados de valor añadido como el confort. La colaboración y la accesibilidad de

la página web de Kolcaba facilitan la divulgación de la teoría para su aplicación.

La orientación hacia el confort del paciente y la familia puede haber estado presente inicialmente en la enfermería, pero cada vez se valora menos en un sistema de atención sanitaria centrado en el uso de medicamentos y de la tecnología. Por tanto, volver a centrarse en el confort del paciente y la familia representa un regreso a las raíces de la enfermería, y también a la necesidad de

pruebas empíricas sobre la importancia de los profesionales de enfermería que prestan los cuidados. Se puede demostrar a través de la investigación que el confort es fundamental para la recuperación del paciente, para otras conductas de búsqueda de la salud y para la viabilidad institucional. El empleo de un marco de confort aplicado en un hospital facilita que todo el mundo «esté en sintonía». Sus conceptos son entendidos y relevantes en todas las disciplinas de la atención sanitaria.

RESUMEN

Desde sus inicios, la teoría del confort se centró en lo que la disciplina de la enfermería hace por los pacientes. Conforme evolucionó la teoría, la definición derivada del análisis de conceptos se amplió para incluir características más amplias del paciente, como las culturales y las espirituales. El formato básico de la estructura taxonómica y el marco conceptual no cambian. El desarrollo del GCQ fue importante para validar que el concepto puede medirse y documentarse. La teoría del confort representa la forma en que la mayoría de los profesionales de enfermería quieren realizar su trabajo, y ofrece una manera de hacer que las medidas del confort sean visibles a través de la documentación y los planes del cuidado del confort.

La teoría guía fácilmente a las enfermeras y otros profesionales de la salud en la planificación y el diseño de la atención sanitaria en cualquier ámbito. Proporciona un marco útil en la formación que permite a los estudiantes organizar sus valoraciones y planes de cuidados y aprender conocimientos avanzados de enfermería, así como la ciencia. La teoría del confort

ofrece a los profesores de enfermería una guía para atender las necesidades de confort de los estudiantes y también de los recién graduados (Bice y Bramlett, 2019; Goodwin y Candela, 2013).

En la investigación, las pruebas de la teoría validaron la mejora del confort del paciente después de recibir intervenciones reconfortantes. El concepto de confort explica el aspecto de los cuidados de calidad que los pacientes describen como «sentirse mejor». Kolcaba ha desarrollado y ampliado de forma coherente la importancia del confort en todos los ámbitos de la atención sanitaria. A través de su razonamiento e interacción con enfermeras y otros profesionales sanitarios, el concepto evolucionó hacia técnicas de atención sanitaria y de pacientes. Las instituciones han reconocido el valor de diseñar entornos confortables para sus pacientes y para su personal. A través de las publicaciones de Kolcaba y las actividades de la página web, profesionales de enfermería de todo el mundo están utilizando la teoría del confort.

CASO CLÍNICO

La enfermera del turno de noche recibe un parte a las 18:55 sobre Derick, un chico de 15 años ingresado en el hospital con una exacerbación del asma. La enfermera del turno de día comunicó que Derick había estado estable con 2 l de O₂ administrado mediante cánula nasal durante todo el día, lo que supone una reducción con respecto a los 3 l del día anterior. Sin embargo, hoy ha estado tranquilo, ya que sus padres se han ido a trabajar y no ha recibido más visitas. Se supone que sus padres volverán a las 11 de la noche. El médico acaba de hacer la ronda y ha ordenado que se le coloque una vía para líquidos intravenosos porque Derick apenas ha comido o bebido en todo el día. La evaluación respiratoria sigue siendo la misma, con ligero tiraje subcostal y sibilancias gruesas en todos los campos pulmonares. La enfermera del turno de día afirma que «probablemente le vendría bien otra dosis de albuterol porque la última fue al mediodía». Al llegar a la habitación, la enfermera observa a un niño con oxígeno que presenta una leve dificultad respiratoria, pero que es capaz de hablar con frases completas. La enfermera también observa

que la habitación está desordenada, con muchas sillas y cosas del paciente alrededor de la cama. La ropa de cama está sucia con migas y otros restos de comida. La enfermera habla con Derick durante unos minutos y este hace algunas afirmaciones importantes sobre la necesidad de confort, entre ellas: 1) «¿Han llamado mis padres? Ojalá estuvieran aquí»; 2) «Esto está muy desordenado»; 3) «¿Puede darme algo para respirar mejor?»; y 4) «¿Cuándo podré irme?». La enfermera realiza una valoración de la salud física y mental y observa que Derick tiene necesidades de confort insatisfechas en los contextos **físico, sociocultural, psicoespiritual y del entorno** (tabla 33.1). En el contexto físico, necesita un tratamiento con broncodilatadores para respirar. Derick también necesitará un anestésico tópico profiláctico para la piel y técnicas de distracción para ayudarlo a conseguir un confort óptimo mientras se coloca la vía intravenosa. También es evidente que Derick tiene necesidades de confort insatisfechas en el contexto sociocultural porque hoy no ha recibido visitas y echa de menos a su familia (sus padres). Derick pregunta

CASO CLÍNICO (cont.)

cuándo podrá irse, por lo que tal vez albergue dudas sobre su diagnóstico, lo que es una necesidad psicoespiritual insatisfecha. Por último, el confort del entorno de Derick se ve amenazado de dos maneras: el desorden de la habitación y la ropa de cama sucia. La enfermera del turno de noche sabe que tiene que implementar intervenciones de confort. Empezando por el más significativo, la enfermera llama inmediatamente al fisioterapeuta respiratorio y procede a administrar albuterol al paciente según las órdenes de tratamiento. A continuación, la enfermera aplica un anestésico tópico en dos posibles puntos de inserción de la vía intravenosa como profilaxis del dolor producido por la aguja. El anestésico debe mantenerse de 30 a 60 min antes retirarlo para lograr una eficacia óptima. A continuación, la enfermera cambia las sábanas de la cama y limpia la habitación, retirando sillas y apartando las pertenencias. Derick se levanta de la cama para ir al baño y afirma: «Esto ya tiene mejor pinta». A continuación, la enfermera llama a la madre de Derick, que habla con

él por teléfono desde el trabajo durante unos 5 min, dándole ánimos y confirmándole que ella y el padre de Derick, volverán al hospital sobre las 11 de la noche para estar con él. Derick sonríe durante toda la llamada telefónica y sus muecas faciales desaparecen. Por último, la enfermera dedica tiempo a hablar con Derick sobre su diagnóstico de asma, prestándole apoyo, animándole y centrándose en cómo mejorará su organismo para que pueda salir del hospital. Derick asiente en señal de comprensión y le dice a la enfermera que sabe lo que tiene que hacer para ayudarse a sí mismo a mejorar. La enfermera del turno de noche ha utilizado todos los tipos de intervenciones de confort en esta situación (tabla 33.2). Ha puesto en práctica el confort *técnico* (administración de medicamentos), el confort de *orientación* (conversación de apoyo, explicación y escucha) y el confort *ánimico* (llamar a la madre de Derick y establecer disposiciones especiales para que Derick pudiera hablar con ella). El paciente respondió bien y el aumento del confort fue evidente o declarado.

TABLA 33.1 Estructura taxonómica de las necesidades de confort para el caso clínico

Contexto del confort	Alivio	Tranquilidad	Transcendencia
Factores físicos	Dificultad respiratoria	Inquietud	El paciente piensa: «¿Qué pasará si no mejoro?»
Psicoespiritual	Quiere salir del hospital	Miedo, ansiedad e incertidumbre sobre el pronóstico	Necesidad de apoyo emocional Necesidad de información y consulta
Del entorno	La habitación está desordenada	Sentimiento de reclusión	Necesidad de un entorno tranquilo y familiar
Sociocultural	Ausencia de la familia	La familia no está presente	Necesidad del apoyo de la familia

TABLA 33.2 Acciones e intervenciones de cuidados de confort

Tipo de acción o intervención de cuidados de confort	Ejemplo
Intervenciones técnicas de confort	Administración de albuterol Anestesia tópica Valoración del paciente
Orientación	Apoyo emocional Dar tranquilidad Formación Escucha
Alimento de confort para el espíritu	Organizar la llamada a los padres Pasar el rato Reducción del desorden del entorno

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Elabore un diagrama de su práctica con los conceptos. ¿Dónde se sitúa el confort en su diagrama? ¿Con qué otros conceptos interactúa?
2. Seleccione un paciente y aplique la teoría del confort en su práctica enfermera. ¿Cómo ha cambiado la teoría su estilo de práctica? Describa sus medidas de confort en relación con la estructura taxonómica (v. fig. 33.1).
3. Piense en una necesidad de confort que haya satisfecho en alguien a quien haya cuidado recientemente. ¿Cómo supo si había tenido éxito?
4. ¿Cómo aplicaría la teoría del confort en un ámbito comunitario? ¿Qué intervenciones podrían aumentar el confort en un grupo agregado? ¿Cómo podría evaluar la eficacia?
5. Identifique un área de la práctica enfermera para investigar el confort y explique por qué es necesario.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A holistic vision for health care*. New York: Springer.
- The comfortline.com: <http://www.thecomfortline.com>.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makie, M. B. (2017). *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care* (11th ed.). St. Louis: Mosby.
- Aikens, C. (1908). Making the patient comfortable. *The Canadian Nurse*, 4(9), 422–424.
- Barbosa, E., deOliveira, F., Guedes, M., Monteiro, A., Rodrigues, D., da Silva, L., et al. (2014). Cuidados de enfermagem a uma puerpera fundamentados na teoria do conforto [Nursing care for a puerpera based on the theory of comfort]. *REME (Revista Mineira De Enfermagem)*, 18(4), 850–854.
- Bice, A. A., & Bramlett, T. (2019). Teaching nurses from a holistic comfort perspective. *Holistic Nursing Practice*, 33(3), 141–145.
- Bice, A. A., Hall, J., & Devereaux, M. J. (2017). Exploring holistic comfort in children who experience a clinical venipuncture procedure. *Journal of Holistic Nursing*, 36(2), 108–122.
- Bice, A. A., Pond, R. S., & Lutz, B. J. (2019). The pediatric procedural holistic comfort assessment: A feasibility study. *Journal of Pediatric Healthcare*, 33(5), 509–519.
- Bice, A. A., & Wyatt, T. H. (2016). Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 280–295.
- Boudiab, L., & Kolcaba, K. (2015). Comfort theory: Unraveling the complexities of veterans' health care needs. *Advances in Nursing Science*, 38(4), 270–278.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McCloskey-Dochterman, J. (2008). *Nursing interventions classifications* (5th ed.). pp. 78–79. St. Louis: Mosby. 532–533, 578–579.
- Clark, S. S. (1946). *Patient comfort*. RN, 10.
- Coelho, A., Parola, V., Sandgren, A., Fernandes, O., Kolcaba, K., & Apostolo, J. (2018). The effects of guided imagery on comfort in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(4), 392–399.
- Derya, Y., & Pasinlioglu, T. (2015). The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after Caesarean sections. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28, 138–144.
- Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. *Holistic Nursing Practice*, 14(2), 91–103.
- Dowd, T., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2006). Development of an instrument to measure holistic client comfort as an outcome of healing touch. *Holistic Nursing Practice*, 20(3), 122–129.
- Dowd, T., Kolcaba, K., Steiner, R., & Fashinpaur, D. (2007). Comparison of healing touch and coaching on stress and comfort in young college students. *Holistic Nursing Practice*, 21(4), 194–202.
- Estridge, K. M., Morris, D. L., Kolcaba, K., & Winkelman, C. (2018). Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 45(1), 25–60.
- Goodnow, M. (1935). *The technique of nursing*. Philadelphia: Saunders.
- Goodwin, M., & Candela, L. (2013). Outcomes of newly practicing nurses who applied principles of holistic comfort theory during transition from school to practice: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 33(6), 614–619.
- Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(4), 28–33.
- Hansen, D., Higgins, P., Warner, C., & Mayo, M. (2015). Exploring family relationships through associations of comfort, relatedness states, and life closure in hospice patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), 305–311.

- Hardin, S., & Bishop, S. (2010). Logical reasoning. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work* (7th ed., pp. 26–35). St. Louis, MO: Mosby-Elsevier.
- Harmer, B. (1926). *Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: Macmillan.
- Kolcaba, K. Y. (1992a). Gerontological nursing: The concept of comfort in an environmental frame work. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(6), 33–38.
- Kolcaba, K. Y. (1992b). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1–10.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184.
- Kolcaba, K. (2007). TheComfortLine.com. Retrieved from <http://www.TheComfortLine.com>.
- Kolcaba, K. (2012). Comfort (including definition, theory of comfort, relevance to nursing, review of comfort studies, and future directions). In J. Fitzpatrick (Ed.), *The encyclopedia of nursing research* (3rd ed., pp. 75–77). New York: Springer.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.
- Kolcaba, K., & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66–76.
- Kolcaba, K., & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26(1), 67–92.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–1310.
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150.
- Kumar, S., Adiga, K., & George, A. (2014). Effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) on stress and anxiety among elderly residing in residential homes. *International Journal of Nursing Care*, 2(2), 81–85.
- McIlveen, K., & Morse, J. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900–1980. *Clinical Nursing Research*, 4(2), 127–148.
- Moorehead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2008). *Nursing outcomes classifications* (4th ed., pp. 280–284, 753–756). St. Louis: Mosby.
- Morse, J. (1992). Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 91–106.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 189–195.
- Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles*. New York: Putnam.
- Parks, M., Morris, D., Kolcaba, K., & McDonald, P. (2017). An evaluation of patient comfort during acute psychiatric hospitalization. *Perspectives in Psychiatric Nursing*, 53(1), 29–37.
- Paterson, J., & Zderad, L. (1975). *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing.
- Rondinelli, J., Long, K., Seelinger, C., Crawford, C., & Valdez, R. (2015). Factors related to nurse comfort when caring for families experiencing perinatal loss. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(3), 158–163.
- Schlotfeldt, R. (1975). The need for a conceptual framework. In P. Verhovic (Ed.), *Nursing research* (pp. 3–25). Boston: Little, Brown.
- Seyedfatemi, N., Rafi, F., Rezaei, M., & Kolcaba, K. (2014). Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 29(3), 213–220.
- Townsend, C., Bonham, E., Chase, L., Dunscomb, J., & McAlister, S. (2014). A comparison of still point induction to massage therapy in reducing pain and increasing comfort in chronic pain. *Holistic Nursing Practice*, 2(28), 78–84.
- Wagner, D., Byrne, M., & Kolcaba, K. (2006). Effect of comfort warming on preoperative patients. *AORN Journal*, 84(3), 1–13.
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting (invited article). *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
- World Health Organization (2020). Year of the nurse and the midwife 2020. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Kolcaba, K. (2001). Holistic care: Is it feasible in today's health care environment? In H. Feldman (Ed.), *Nursing leaders speak out* (pp. 49–54). New York: Springer.
- Kolcaba, K. (2001). Kolcaba's theory of comfort. In D. Robinson, & C. Kish (Eds.), *Core concepts in advanced practice nursing* (pp. 418–422). St. Louis: Mosby.
- Bice, A. A., & Kolcaba, K. (2020). Katharine Kolcaba's comfort theory. In M. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 371–382). Philadelphia: F. A. Davis.
- Kolcaba, K. (2017). Comfort. In S. J. Peterson, & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing research* (4th ed., pp. 196–210). Philadelphia: Lippincott.
- Kolcaba, K. (2017). Impaired comfort. In B. Ackley, & G. Ladwig (Eds.), *Nursing diagnosis handbook* (pp. 219–222). St. Louis: Mosby.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (2011). Integrative theorizing: Linking middle-range nursing theories with the Neuman systems model. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 299–313). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Kolcaba, K., & Mitzel, A. (2008). Hand massage. In B. J. Ackley, G. B. Ladwig, B. A. Swan, & S. J. Tucker (Eds.), *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions* (pp. 402–407). St. Louis: Mosby.
- Kolcaba, K., & Mitzel, A. (2008). Simple massage. In B. J. Ackley, G. B. Ladwig, B. A. Swan, & S. J. Tucker (Eds.), *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions* (pp. 504–508). St. Louis: Mosby.

Schuiling, K., Sampsel, C., & Kolcaba, K. (2011). Exploring the presence of comfort within the context of childbirth. In R. Bryar, & M. Sinclair (Eds.), *Theory for midwifery practice* (2nd ed., pp. 197–214). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Artículos de revistas

- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46–62.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 518–544.
- Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). The framework of comfort care for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), 102–114.
- Paiva, B., deCarvalho, A., Kolcaba, K., & Paiva, C. (2015). Validation of the holistic comfort questionnaire-caregiver in Portuguese-Brazil in a cohort of informal caregivers of palliative care cancer patients. *Support Care Cancer*, 23(2), 343–351.
- Cook, C., Clark, T., & Brunton, M. (2014). Optimizing cultural safety and comfort during gynaecological examinations: Accounts of indigenous Maori women. *Nursing Praxis in New Zealand*, 30(3), 19–34.
- March, A., & McCormack, D. (2009). Nursing theory-directed health care: Modifying Kolcaba's comfort theory as an institution-wide approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(2), 75–80.
- Mohammadi, F., Eftekhari, M., Dejman, M., Forouzan, A., & Mirabzadeh, A. (2014). Seeking comfort: Women mental health process in I.R. Iran: A grounded theory study. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(2), 217–223.
- Norton, E., Holloway, I., & Galvin, K. (2014). Comfort vs risk: A grounded theory about female adolescent behavior in the sun. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1889–1899.
- Slatyer, S., Williams, A., & Michael, R. (2015). Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 229–239.



Cheryl Tatano Beck

Cheryl Tatano Beck: teoría de la depresión posparto

Mary Katherine Maeve*

*«El nacimiento de un bebé es motivo de alegría, o así debería ser... Pero para algunas mujeres, la alegría no es una opción.»
(Beck, 2006, p. 40)*

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Cheryl Tatano Beck se diplomó en enfermería en la Western Connecticut State University en 1970. Durante su primera rotación clínica se dio cuenta de que la enfermería obstétrica iba a ser su especialidad durante toda su vida. Después de graduarse, trabajó como enfermera titulada en el Yale New Haven Hospital, en la unidad de enfermería de posparto y recién nacidos sanos. En 1972 terminó un máster en Enfermería Materna y del Recién Nacido en la Yale University y obtuvo su titulación como comadrona. En 1982 completó su doctorado en Ciencias de la Enfermería en la Boston University.

Desde sus inicios como instructora en 1973, Beck ha obtenido nombramientos académicos de rango creciente en varias universidades importantes, como las de Maryland, Michigan, Florida Atlantic, Rhode Island y Yale, y como profesora en la de Connecticut, donde ocupa una plaza conjunta en la Escuela de Enfermería y la Facultad de Medicina. Beck ha sido consultora en numerosos proyectos de investigación para universidades y agencias estatales en el nordeste de EE. UU. Durante su carrera ha recibido más de 30 premios, entre ellos el Premio

a la Investigadora Distinguida del Año de la Eastern Nursing Research Society en 1999. Es miembro de la American Academy of Nursing desde 1993.

Este conjunto de trabajos dio lugar a una importante teoría sobre la depresión posparto (Beck, 1993) y al desarrollo de la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck, 2002c; Beck y Gable, 2000) y el Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) (Beck, 2002a).

Autora prolífica y divulgadora de sus investigaciones, Beck ha escrito más de 100 artículos de investigación y ha realizado presentaciones sobre la investigación a nivel local, nacional e internacional. Ha formado parte del comité editorial de revistas de enfermería, entre ellas *Advances in Nursing Science*, *Nursing Research* y *Journal of Nursing Education*. Beck forma parte del comité ejecutivo de la Marce Society, una sociedad internacional para la comprensión, la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales asociadas al parto, y del comité asesor de la Donaghue Medical Research Foundation en Connecticut. Durante su carrera profesional, Beck ha recibido numerosos galardones locales, nacionales e internacionales por su trabajo. En 2011, Beck recibió el premio de la Sigma Theta Tau International, Honor Society a la mejor publicación sobre profesión, salud mundial y sistemas de salud en la revista *Journal of Nursing Scholarship* por su artículo «International differences in nursing research», en coautoría con D. F. Polit. Ella y sus colegas de investigación recibieron el premio al mejor artículo de 2012 por su publicación en *Journal of Midwifery & Women's Health* del artículo «Postpartum depressive symptomatology», en la que comunicaron los resultados de su encuesta nacional en dos etapas. En 2012 también recibió el Premio Annie Goodrich a la Enfermera Distinguida Conferenciante.

*La autora desea agradecer a la Dra. Cheryl Tatano Beck su generosidad de espíritu al permitirle la libertad de interpretar la obra de su vida. La obra de la Dra. Beck es una enorme contribución a la enfermería, aún más notable porque no dependió de una gran cantidad de fondos de los National Institutes of Health. Ese simple hecho ya es una inspiración. Gracias también a la Dra. Peggy L. Chinn y a Joyceen Boyle, que afortunadamente no se han jubilado como mentoras ni como amigas.

Muchas personas del campo de la enfermería reconocen el clásico texto de investigación de Polit y Hungler, utilizado en muchos programas de grado en enfermería. Beck se convirtió en coautora de la séptima edición de la obra de Polit (Polit y Beck, 2003), lo que refleja la experiencia de Beck como investigadora. En 2011, este texto recibió el Premio al Libro del Año de la *American Journal of Nursing* por su novena edición (Polit y Beck, 2011). Desde entonces, Beck ha sido autora y coautora de varios libros. Aunque Beck trabajó inicialmente con métodos cualitativos, cada vez más artículos suyos incluyeron diseños cuantitativos, y ha publicado artículos sobre estrategias y enfoques de análisis estadístico para la investigación cualitativa.

Aunque Beck realizó siete grandes estudios sobre cuestiones de formación y cuidados con estudiantes de enfermería de primer ciclo, durante más de tres décadas contribuyó al desarrollo del conocimiento de la enfermería obstétrica. Su carrera investigadora se inició con el estudio de parturientas, con especial interés en la monitorización fetal. Más adelante centró su investigación en el período posparto y en estudios específicos de los trastornos del estado de ánimo después del parto.

FUENTES TEÓRICAS

Aunque Beck no aborda los cuidados como un constructo teórico o filosófico específico de su investigación, ha realizado estudios que evidencian su creencia sobre la importancia del cuidado en la enfermería. Su uso de la teoría de los cuidados de Jean Watson confirma los cuidados como algo central para la enfermería, al mismo tiempo que reconoce la preocupación de Watson sobre que las metodologías cuantitativas pueden no reflejar de forma adecuada el ideal de los cuidados transpersonales. A través de los escritos de Beck, incluidos los informes de investigación, es evidente que el uso de métodos cuantitativos y cualitativos para el avance de la enfermería como profesión y que la adaptación del método a la pregunta es alcanzable y apropiado en la práctica, la investigación y la formación.

Dado que muchos de los estudios utilizados para desarrollar la teoría de la depresión posparto de Beck eran de naturaleza cualitativa, Beck ha citado diversas fuentes teóricas que reflejan las raíces filosóficas y teóricas de metodologías importantes para el tipo de conocimiento desarrollado en cada estudio. La fenomenología se utilizó en el primer estudio importante sobre cómo las mujeres experimentaban la depresión posparto, usando el enfoque de Colaizzi (1978). En su siguiente estudio, Beck utilizó la teoría fundamentada con la influencia de las ideas teóricas y filosóficas de Glaser (1978), Glaser y Strauss (1967) y Hutchinson (1986), que contribuyeron de manera fundamental a la evolución de la teoría fundamentada en enfermería. A través de todo el trabajo de Beck, y en consonancia con la teoría feminista, existe una valoración explícita de la importancia de entender el embarazo, el parto y la maternidad a través de «los ojos de las mujeres». Además,

Beck señala que el parto tiene lugar en muchos contextos simultáneos (médico, social, económico), y que las reacciones de las madres ante el parto y la maternidad están modeladas por sus respuestas contextuales.

Una fuente teórica inusual proviene del trabajo de Sichel y Driscoll (1999), quienes desarrollaron un modelo de tipo terremoto para conceptualizar cómo las interacciones entre la biología y la vida dan lugar a lo que ellos denominan *carga bioquímica*. A lo largo del tiempo, con los constantes desafíos químicos relacionados con los factores de estrés, el cerebro de las mujeres puede desarrollar un tipo de «línea de fallo» que es menos probable que permanezca intacta durante los momentos críticos de sus vidas (como en el reto al que se enfrentan en el parto), dando lugar a un tipo de «terremoto». Beck comprendió que el modelo de Sichel y Driscoll «propone que la combinación de la estructura genética, los antecedentes hormonales y reproductivos, y las experiencias vitales de una mujer predice el riesgo de un “terremoto”, que se produce cuando su cerebro no puede estabilizarse y surgen los problemas del estado de ánimo». Aunque es fácil entender los desafíos fisiológicos y hormonales que suponen los embarazos para las mujeres, el modelo del terremoto de Sichel y Driscoll fue importante para ayudar a Beck a conceptualizar de forma integral los fenómenos que pueden afectar al desarrollo de la depresión posparto en las mujeres. Aunque la autora afirma que ella nunca ha sufrido depresión posparto tras el nacimiento de sus propios hijos, quienes la sufren pueden relacionarla con la metáfora del terremoto, que termina con temblores que culminan en la depresión posparto, o peor aún, la psicosis posparto.

Beck ha identificado a Robert Gable como un colaborador especialmente importante mientras era profesor emérito de la Neag School of Education de la University of Connecticut. Tras el desarrollo de un corpus de conocimientos sobre la depresión posparto, los siguientes pasos lógicos para Beck fueron el desarrollo de instrumentos que pudieran predecir y detectar de forma sistemática la depresión posparto. Gable ayudó a Beck en la operacionalización de su teoría para su aplicación en la práctica. Gable ha seguido participando directamente en el desarrollo paso a paso de la PDSS, incluida la versión en español (Beck y Gable, 2003).

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Cuando Beck comenzó a examinar la depresión posparto en 1993, observó que solo dos estudios cualitativos contribuían a la base de conocimientos del trastorno. La mayor parte de los estudios se basaban en el conocimiento desarrollado en disciplinas distintas a la enfermería. Indudablemente, la formación de Beck como enfermera comadrona le dio una visión de las mujeres a lo largo del período posparto que no suele estar disponible en otras disciplinas relacionadas con las mujeres en el período perinatal.

En 1993, después de cuatro grandes estudios sobre las mujeres en el período posparto, Beck desarrolló una teoría

sustantiva de la depresión posparto utilizando la metodología de la teoría fundamentada. La teoría sustantiva se tituló «estar al límite» (Beck, 1993), con la pérdida de control como el problema psicosocial básico identificado.

Desde el desarrollo de la teoría sustantiva, Beck ha diseñado y colaborado con numerosas personas para perfeccionar la teoría, analizando las experiencias de depresión posparto en las interacciones madre-hijo, el pánico posparto, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el traumatismo del nacimiento para desentrañar las diferencias entre los trastornos del estado de ánimo posparto (depresión posparto, tristeza asociada a la maternidad, psicosis posparto, trastorno obsesivo-compulsivo posparto, trastorno de pánico posparto) (Furuta et al., 2012).

Se llevaron a cabo metaanálisis sobre los factores predictivos de la depresión posparto, la relación entre la depresión posparto y el temperamento del lactante, y los efectos de la depresión posparto sobre la interacción entre la madre y el lactante. Además, se realizaron dos metasíntesis cualitativas sobre la depresión posparto y las maternidades múltiples.

Beck utilizó 10 estudios cualitativos sobre la depresión posparto en mujeres de una amplia variedad de procedencias geográficas y culturales. Las mujeres representadas en estos estudios eran mujeres caribeñas de color, irlandesas, indias, chinas de Hong Kong, de la tribu hmong, de Oriente Medio residentes en el Reino Unido, asiáticas, portuguesas, australianas, canadienses, afroamericanas, javanesas y nigerianas.

Es importante destacar que cada vez se reconoce más la atención sanitaria prenatal y posnatal de las mujeres refugiadas o inmigrantes. Los factores de estrés premigratorios, como el abandono de la comunidad, los amigos y la familia, afectarán a las mujeres y a sus familias. El cuidado de los niños, con o sin su padre, y el cruce seguro de las fronteras (lo que se conoce como trauma del viaje) son problemas comunes a todos los refugiados. Los que no hablan inglés (al menos en el caso de los refugiados en EE. UU.) están especialmente aislados, y a menudo disponen de poca información sobre los trámites en los sistemas estadounidenses en general, y en relación con la atención hospitalaria en particular.

Estos nuevos datos se utilizaron para comparar la teoría fundamentada de Beck (1993) de estar al límite en mujeres de otras culturas. Beck observó que la capacidad de modificación de la teoría coincidía con las expectativas teóricas de una teoría fundamentada sustantiva relevante. Por lo tanto, la teoría de «estar al límite», con la «pérdida de control» como proceso psicosocial básico, se amplió funcionalmente a las mujeres de muchas otras culturas de todo el mundo (Beck, 2012a). Esta población de mujeres y sus familias son especialmente vulnerables a la posibilidad de recibir una atención sanitaria escasa o deficiente. Las enfermeras de salud comunitaria bien formadas pueden actuar como intermediarias en la atención sanitaria de los refugiados directamente, y en los programas y centros de salud locales que prestarán los servicios (Tobin et al., 2018).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Los principales conceptos de Beck se han perfeccionado y aclarado a lo largo de años de trabajo sobre la depresión posparto. Los dos primeros conceptos, los trastornos posparto del estado de ánimo y la pérdida de control, se desarrollaron utilizando los métodos de la fenomenología y la teoría fundamentada (Beck, 2002b).

Conceptos 1 y 2

1. Trastornos posparto del estado de ánimo

La depresión posparto y la tristeza de la maternidad se han delimitado mejor con el tiempo, al igual que el conocimiento de la psicosis posparto. Se han identificado otros dos trastornos del estado de ánimo perinatales: el trastorno obsesivo-compulsivo posparto y el trastorno de pánico de inicio en el posparto, así como en qué se diferencian y cómo están relacionados.

Depresión posparto

La **depresión posparto** es un trastorno depresivo mayor no psicótico con criterios diagnósticos diferenciados que suele comenzar en las primeras 4 semanas después del parto. También puede ocurrir en cualquier momento durante el primer año después del parto. La depresión posparto no es autolimitada y es más difícil de tratar que una depresión simple.

Las tasas de prevalencia son del 13 al 25%, y afecta más a mujeres en situación de pobreza, que viven en ciudades del interior o que son adolescentes. Aproximadamente el 50% de las mujeres que sufren depresión posparto tienen episodios que duran 6 meses o más.

Tristeza de la maternidad

También conocida como **tristeza posparto** o **tristeza del bebé**, la **tristeza de la maternidad** es un periodo relativamente transitorio y autolimitado de melancolía y cambios del estado de ánimo durante el periodo posparto inicial. Afecta hasta al 75% de todas las mujeres en todas las culturas.

Psicosis posparto

La **psicosis posparto** es un trastorno psicótico caracterizado por alucinaciones, delirios, agitación e incapacidad para dormir, junto con una conducta extraña e irracional. Aunque es relativamente infrecuente (1-2 mujeres por cada 1.000 nacimientos), representa una verdadera urgencia psiquiátrica, porque tanto la madre como el niño (y quizás otros niños) están en grave riesgo de sufrir daños. Aunque la psicosis posparto suele aparecer durante la primera semana después del parto, a menudo pasa desapercibida hasta que se producen daños graves.

(Continúa)



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

Trastorno obsesivo-compulsivo posparto

Identificado recientemente, no se ha informado de las tasas de prevalencia del **trastorno obsesivo-compulsivo posparto**. Los síntomas comprenden pensamientos repetitivos e intrusivos de dañar al recién nacido, miedo de quedarse sola con el lactante e hipervigilancia a la hora de protegerle.

Trastorno de pánico de inicio en el posparto

El **trastorno de pánico de inicio en el posparto** se ha identificado recientemente y tampoco se han notificado las tasas de prevalencia. Se caracteriza por la aparición brusca de ansiedad, miedo, respiración acelerada, palpitaciones y una sensación de fatalidad inminente.

2. Pérdida de control

La **pérdida de control** fue identificada como el problema psicosocial básico en la teoría sustantiva de los primeros trabajos de Beck, en 1993. Esta teoría descriptiva se refiere al proceso por el que pasan las mujeres con depresión posparto. Las mujeres experimentaban pérdida de control en todas las áreas de la vida, aunque las circunstancias concretas podían ser diferentes. El concepto de pérdida de control encaja con la bibliografía existente y deja a las mujeres con la sensación de «estar al límite». El proceso identificado constaba de las siguientes cuatro etapas:

1. **Encuentro con el terror:** consiste en horribles ataques de ansiedad, confusión envolvente y pensamientos obsesivos implacables.
2. **Muerte de una misma:** consiste en una sensación alarmante de irrealidad, en contemplar e intentar la autodestrucción y en el aislamiento.
3. **Lucha por sobrevivir:** consiste en luchar contra el sistema, buscar consuelo en los grupos de apoyo y rezar por encontrar alivio.
4. **Recuperación del control:** consiste en una transición imprevisible, una recuperación comedida y lamentarse por el tiempo perdido.

Las ideas conceptuales y las definiciones descritas anteriormente se utilizaron para desarrollar focos específicos para realizar pruebas. Inicialmente, Beck (1998) identificó ocho factores de riesgo para la depresión posparto. En los estudios posteriores se han añadido áreas en las que Beck determinó que se necesitaba una mayor claridad conceptual. Un área importante de cambio se refiere al matrimonio. A través de la investigación, se observó que había dos factores maritales de interés: el estado marital y la naturaleza de la satisfacción con la relación marital. Otros dos factores de riesgo identificados fueron la situación socioeconómica y los problemas asociados a los embarazos no planificados y no deseados (Beck, 2002b).

Conceptos 3 a 15

Los conceptos 3 a 15 son los principales conceptos que se han identificado como factores predictivos o factores de

riesgo importantes para la depresión posparto (Beck, 2002b). La interpretación más actual de las dimensiones del efecto fue asignada a partir de un metaanálisis de 138 estudios existentes y se encuentra al final de cada definición del concepto.

3. Depresión prenatal

Se ha descubierto que la depresión durante alguno o todos los trimestres del embarazo es el factor predictivo más importante de depresión posparto (tamaño del efecto: medio).

4. Estrés del cuidado del niño

El **estrés del cuidado del niño** se refiere a los acontecimientos estresantes relacionados con el cuidado del niño, como los problemas de salud del lactante y las dificultades para el cuidado relacionadas con la alimentación y el sueño (tamaño del efecto: medio).

5. Estrés vital

El **estrés vital** es un índice de acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo y el posparto. El número de experiencias vitales y la cantidad de estrés creado por cada uno de los acontecimientos de la vida se combinan para determinar la cantidad de estrés vital que una mujer está experimentando. Los acontecimientos vitales estresantes pueden ser negativos o positivos y pueden incluir experiencias como las siguientes:

- Cambios maritales (p. ej., divorcio, nuevo matrimonio).
- Cambios laborales (p. ej., cambio de trabajo).
- Crisis (p. ej., accidentes, robos, crisis financieras, enfermedades que requieren hospitalización). (Tamaño del efecto: medio.)

6. Apoyo social

El **apoyo social** se refiere al apoyo instrumental (p. ej., cuidado de los niños, ayuda con las tareas domésticas) y al apoyo emocional. Los rasgos estructurales de la red social de una mujer (marido o pareja, familia y amigos) comprenden la proximidad de sus miembros, la frecuencia del contacto y el número de confidentes con los que la mujer puede compartir temas personales. Se produce falta de apoyo social cuando una mujer percibe que no está recibiendo la cantidad de apoyo instrumental o emocional que ella esperaba (tamaño del efecto: medio).

7. Ansiedad prenatal

La **ansiedad prenatal** se produce durante cualquier trimestre o durante todo el embarazo. La ansiedad se refiere a los sentimientos de inquietud o aprensión en relación con una amenaza vaga e inespecífica (tamaño del efecto: medio).

8. Satisfacción marital

Se evalúa el grado de satisfacción con una relación matrimonial e incluye lo feliz o satisfecha que está la mujer con ciertos

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES (cont.)

aspectos de su matrimonio, como la comunicación, el afecto, la similitud de valores (p. ej., en cuanto a las finanzas o el cuidado de los hijos), la actividad mutua y la toma de decisiones, así como el bienestar global (tamaño del efecto: medio).

9. Antecedentes de depresión

Una mujer tiene antecedentes de depresión si se refiere que ha tenido un episodio de depresión antes de este embarazo (tamaño del efecto: medio).

10. Temperamento del lactante

El **temperamento** es la disposición y la personalidad del lactante. Un *temperamento difícil* corresponde a un lactante irritable, inquieto, imprevisible y difícil de consolar (tamaño del efecto: medio).

11. Tristeza materna

La **tristeza materna** se definió anteriormente como una situación no patológica después del parto. Los episodios prolongados de tristeza materna (que duran más de 10 días) pueden predecir una depresión posparto (tamaño del efecto: de pequeño a medio).

12. Autoestima

La **autoestima** es el sentimiento global de autoestima y autoaceptación por parte de una mujer. Es su confianza en sí misma y su satisfacción consigo misma. Una baja autoestima refleja una autoevaluación y unos sentimientos negativos sobre uno mismo o sobre las capacidades de uno mismo (tamaño del efecto: medio).

13. Situación socioeconómica

La **situación socioeconómica** es el nivel o estatus de una persona en la sociedad que implica una combinación de factores sociales y económicos (p. ej., ingresos, educación y ocupación) (tamaño del efecto: pequeño).

14. Situación marital

La **situación marital** es la situación de la mujer con respecto al matrimonio; denota si la mujer es soltera, si está casada o convive con su pareja, si es divorciada, viuda o separada, o si tiene pareja (tamaño del efecto: pequeño).

15. Embarazo no planeado o no deseado

Un **embarazo no planeado o no deseado** se refiere a un embarazo no planeado ni deseado. La cuestión de los embarazos que siguen sin ser deseados tras una ambivalencia inicial tiene una importancia especial (tamaño del efecto: pequeño).

Conceptos 16 a 22

Estos conceptos finales representan la síntesis de todos los factores predictivos y de riesgo que se utilizan para la

detección sistemática de mujeres con síntomas de depresión posparto en la PDSS (Beck, 2002c).

16. Trastornos del sueño y de la alimentación

Entre los **trastornos del sueño y la alimentación** se incluyen la incapacidad de dormir incluso cuando el bebé está dormido, dar vueltas en la cama antes de quedarse dormida, despertarse en mitad de la noche y tener dificultades para volver a dormirse. Aunque sea consciente de la necesidad de comer, la mujer puede experimentar pérdida de apetito e incapacidad para comer.

17. Ansiedad e inseguridad

La **ansiedad e inseguridad** comprenden un exceso de atención a cuestiones relativamente banales, sobresaltarse con facilidad, sensación de necesidad de moverse o de caminar continuamente. Hay un sentimiento de inseguridad siempre presente y una sensación de estar superada en el nuevo papel de madre.

18. Labilidad emocional

Una mujer con **labilidad emocional** tiene la sensación de que sus emociones son inestables y están fuera de su control. Se caracteriza con frecuencia por llanto sin ninguna razón especial, irritabilidad, rabia explosiva y temor de no volver a ser feliz.

19. Confusión mental

La **confusión mental** se caracteriza por una marcada incapacidad para concentrarse, centrarse en una tarea o tomar una decisión. Hay una sensación generalizada de no poder regular los propios procesos de pensamiento. Puede entenderse como un síndrome de estrés postraumático.

20. Pérdida de una misma

Las mujeres sienten que los aspectos de sí mismas que reflejaban su identidad personal han cambiado desde el nacimiento de su hijo, por lo que no pueden identificar quiénes son realmente y temen no volver a ser ellas mismas de nuevo.

21. Culpabilidad y vergüenza

Una mujer experimenta **culpabilidad y vergüenza** cuando percibe que su rendimiento como madre es deficiente y tiene pensamientos negativos hacia su hijo. Esto da lugar a una incapacidad para abrirse a los demás sobre lo que siente y contribuye a un retraso en el diagnóstico y en la intervención.

22. Pensamientos suicidas

Las mujeres experimentan **pensamientos suicidas** cuando piensan con frecuencia en hacerse daño o acabar con su vida para escapar de la pesadilla de la depresión posparto.

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería

Beck describe la enfermería como una profesión de administración de cuidado con la obligación de cuidar a las personas a su cargo, a los estudiantes, y entre sí. Además, las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería y las personas a las que cuidan son las principales vías mediante las que estos profesionales alcanzan los objetivos de salud e integridad.

Persona

Las personas se describen en términos de integridad con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos. Además, existe un fuerte compromiso con la idea de que las personas, o la personalidad, se comprenden en el contexto de la familia y de la comunidad.

Salud

Beck no define la *salud* de forma explícita. Sin embargo, en sus escritos incluye las ideas tradicionales de salud física y mental. La salud es la consecuencia de las respuestas de las mujeres a los contextos de sus vidas y de su entorno. Los contextos de salud son vitales para entender cualquier cuestión singular de la salud.

Entorno

Beck escribe sobre el entorno en términos amplios que incluyen tanto los factores individuales como el mundo exterior a cada persona. El entorno externo comprende los acontecimientos, las situaciones, la cultura, los ecosistemas físicos y los sistemas sociopolíticos. Además, se reconoce que las mujeres en el período fértil reciben cuidados dentro de un entorno de atención sanitaria estructurado en el modelo médico e impregnado por una ideología patriarcal.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los fundamentos teóricos de la teoría de Beck están bien representados en sus escritos. Reconoce la importancia del trabajo de [Sichel y Driscoll \(1999\)](#) relacionado con los factores biológicos que intervienen en la depresión posparto en las siguientes afirmaciones:

- El cerebro puede albergar bioquímicamente diversos factores de estrés, ya sean relacionados con la biología interna o con acontecimientos externos.
- Los acontecimientos estresantes (internos o externos), sobre todo durante periodos prolongados, provocan una alteración de la regulación bioquímica en el cerebro. Cuantos más daños sufra el cerebro, más alteraciones crónicas se producirán en él. Cuando un cerebro ya desregulado se ve expuesto a nuevos factores estresantes (internos o externos), es probable que se produzcan graves trastornos psiquiátricos y del estado de ánimo.
- El cerebro y la química hormonal específicos y normales de las mujeres se traducen en una vulnerabilidad a los

trastornos del estado de ánimo en momentos críticos de su vida, incluso después del parto.

- La depresión posparto está causada por una combinación de factores estresantes biológicos (incluidos los genéticos), psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales.
- La depresión posparto no es un trastorno homogéneo. Las mujeres pueden expresar una depresión posparto con un único síntoma, pero es más probable que tengan una constelación de síntomas variables. Esto está relacionado con los diferentes antecedentes vitales de factores estresantes internos y externos.
- Culturalmente, se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices, actúen como felices, entiendan cómo ser madres de forma natural y experimenten la maternidad con una sensación de plenitud. Estas expectativas dificultan que las mujeres expresen sentimientos genuinos de angustia.
- El estigma asociado a las enfermedades mentales aumenta drásticamente cuando una enfermedad mental está relacionada con el nacimiento de un hijo, lo que lleva a las mujeres a sufrir en silencio.
- En el marco de un nivel de prevención, la depresión posparto puede prevenirse mediante la identificación y mitigación de los factores de riesgo durante el periodo previo al parto. La depresión posparto puede identificarse de forma precoz con un cribado cuidadoso y puede tratarse de forma eficaz. La prevención puede aliviar meses de sufrimiento y disminuir los efectos perjudiciales para las mujeres, sus hijos y sus familias.
- Algunos problemas y retos biológicos, sociológicos y psicológicos son totalmente normales en todos los embarazos. Pueden incluir cansancio, alteraciones del sueño, preguntas sobre las propias capacidades y otros. Una atención prenatal y posnatal completa puede eliminar los síntomas patológicos molestos y ayudar a las mujeres a normalizar los síntomas esperados, reduciendo así el grado de estrés que realmente experimentan.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría de la depresión posparto de Beck, como se ha descrito en las secciones anteriores de este capítulo, identifica cómo la lógica inductiva y la deductiva contribuyeron significativamente al desarrollo de la teoría. [Chinn y Kramer \(2018\)](#) identifican la lógica inductiva como la base de los métodos cualitativos, con un razonamiento de lo particular a lo general. Por el contrario, el razonamiento deductivo se mueve desde lo general a lo particular, extrayendo conclusiones que representan lo general.

Debido a que la teoría de Beck refleja una vía muy compleja y centrada en su evolución, es útil tener claro qué criterios se utilizaron para entender y presentar la teoría. La definición de *teoría* que se utiliza actualmente es «la estructuración creativa y rigurosa de ideas que proyectan una visión provisional, intencionada y sistemática de los fenómenos»

(Chinn y Kramer, 2018, p. 299). Las teorías de nivel medio pueden obtenerse utilizando abordajes de la teoría fundamentada, e identifican procesos sociales que se producen en varios acontecimientos sociales. Por ejemplo, la teoría sustantiva de la depresión posparto de Beck descubrió que la pérdida de control era el problema psicosocial básico al que se enfrentaban las mujeres, pero este problema también podía producirse en contextos distintos al período posparto.

La evolución de la teoría de Beck es instructiva por varias razones. En primer lugar, los incesantes esfuerzos lineales y lógicos de Beck para desarrollar la teoría con el propósito de una práctica pragmática condujeron a una teoría que aborda un problema práctico concreto. Debido a que su teoría es relativamente nueva, existen pocos contribuyentes a la esencia de la teoría. Por tanto, existe la oportunidad de seguir un proceso muy claro y centrado del desarrollo de la teoría por una experta que comenzó el trabajo en su juventud. Beck ha comprobado su teoría, la ha utilizado con distintas poblaciones, ha desarrollado y probado instrumentos, y ha establecido un trabajo en el que otros expertos pueden unirse a ella para contribuir a la ciencia. En segundo lugar, la teoría de la depresión posparto de Beck es notable como ejemplo del desarrollo de una teoría inductiva extensa en un área específica de la práctica de la enfermería que trata un problema específico de una paciente. Aunque Beck comenzó su trabajo con una comprensión global de los cuidados, su trabajo centrado en la depresión posparto avanzó a través del desarrollo de una teoría de nivel medio sustantiva, y sigue avanzando. Desde el principio, el objetivo de Beck ha sido comprender la depresión posparto de una forma que permita a los profesionales desarrollar estrategias de prevención adecuadas, programas de cribado para una intervención precoz, y estrategias terapéuticas adecuadas para evitar el daño a las mujeres, sus hijos y sus familias. En consonancia con los objetivos de su investigación, lo que empezó como una teoría sustantiva descriptiva de la depresión posparto ha evolucionado hacia un extenso programa de investigación.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

A medida que los resultados de la investigación de Beck se han ido difundiendo más ampliamente, la teoría y los instrumentos basados en ella se han ido utilizando cada vez más en la práctica de la enfermería en EE. UU. y en todo el mundo. La PDSS (Beck, 2002c) se convirtió en una referencia de atención para las mujeres en la clínica obstétrica de alto riesgo del hospital de la Medical University of South Carolina (A. Raney, comunicación personal, abril de 2004). Las pacientes de esta clínica tienen un amplio rango de edades, proceden de diversos grupos étnicos y presentan una amplia gama de factores de riesgo médicos. Ella ha observado que la herramienta es un vehículo para iniciar la conversación con las mujeres que

podría no haber tenido lugar antes de introducir la herramienta. Las puntuaciones altas en la PDSS han dado a los médicos pruebas para entender cómo se expresa la depresión posparto en sus pacientes, aumentando su sensibilidad y concienciación. Como era de esperar, la distribución de los recursos de la comunidad para satisfacer las necesidades específicas de las pacientes ha sido un reto; sin embargo, se ha producido el panorama de la comunidad de Charleston para comprender y responder a las necesidades especiales de las mujeres durante este tiempo.

Las iniciativas de salud pública que implican el trabajo con las nuevas madres y los bebés también están utilizando la teoría de la depresión posparto de Beck a través de la PDSS. Por ejemplo, el Healthy Start CORPS: Inter-Conceptual Care Case Management Project en Carolina del Norte comienza a realizar un seguimiento de las mujeres a las 6 semanas posparto. A todas las nuevas pacientes, muchas de las cuales son nativas americanas, se les administra la PDSS para que las estrategias de intervención y de tratamiento se puedan transformar en planes individuales para el cuidado de las pacientes y de sus familias (L. Baker, comunicación personal, abril de 2004). La directora del programa destaca la facilidad con la que las mujeres pueden hablar de los síntomas de la depresión posparto después de completar la herramienta.

El trabajo de Beck ha sido decisivo en proyectos de intervención y educación en la comunidad, como la Ruth Rhoden Craven Foundation for Postpartum Depression Awareness en Carolina del Sur. Helena Bradford fundó esta organización debido a un trágico trastorno del estado de ánimo posparto en su propia familia. Defiende el conocimiento de la realidad posparto en su comunidad y dirige grupos de apoyo (H. Bradford, comunicación personal, abril de 2004).

Formación

Beck es una ponente invitada habitual en conferencias y talleres educativos profesionales. Su trabajo se cita en muchos textos de enfermería materna y neonatal, como el de [Davidson et al. \(2012\)](#). Tanto a nivel de grado como de posgrado, el trabajo de Beck establece el estándar para el conocimiento y la comprensión de la depresión posparto, lo transmite a los profesionales y utiliza el conocimiento de los profesionales para fortalecer y/o hacer cambios en la propia teoría. Además, su trabajo se ha utilizado en la formación de los miembros de otras disciplinas, entre ellos médicos, trabajadores en salud mental, profesionales de la salud pública, trabajadores sociales y personas que trabajan en agencias de servicios sociales que proporcionan cuidados protectores a mujeres y niños. Beck también lleva su trabajo al público general y a los responsables políticos mediante una implicación activa en la comunidad a escala local, nacional e internacional.

Investigación

Como se ha descrito hasta ahora, la teoría de la depresión posparto de Beck es una teoría de nivel medio y de práctica. Además de los continuos estudios realizados por Beck, la

bibliografía mundial aporta pruebas de profesionales de enfermería que utilizan su investigación y sus instrumentos de investigación para comprender mejor la experiencia del embarazo y mejorar la atención de las madres. Por ejemplo, Lavoie (2015) informó sobre un estudio publicado recientemente en *International Journal for Childbirth Education* sobre el cuidado de las mujeres en periodo de lactancia con cinco «E» —estímulo, empatía, educación, compromiso (*engagement*) y evaluación— que tuvo un efecto positivo en la depresión posparto. Tobin et al. (2018) estudiaron las experiencias de depresión posparto en mujeres refugiadas e inmigrantes.

EVOLUCIÓN

Beck identificó lo que se convirtió en otro concepto importante de su teoría, así como una reestructuración de las definiciones de los trastornos del estado de ánimo posparto. Debido al aumento de notificaciones de TEPT después del parto, también ha examinado las experiencias de las mujeres en los partos traumáticos (Beck et al., 2014). En este trabajo, el trauma del nacimiento se definió como «un acontecimiento que tiene lugar durante el proceso del parto que da lugar a lesiones graves reales o potenciales o a la muerte de la madre o el lactante. Las parturientas experimentan un miedo intenso, desamparo, pérdida de control y horror» (Beck, 2015, p. 8). Beck observó que a las mujeres que sufrían TEPT real se les hacía un diagnóstico erróneo de depresión posparto y eran tratadas incorrectamente con antidepresivos. Recomendó cambiar el término de *trastornos del estado de ánimo posparto* por el de *trastornos del estado de ánimo y de ansiedad posparto*. El TEPT se diferenciaría entonces como un diagnóstico distinto con diferentes enfoques de tratamiento (Beck, 2016). El trauma del nacimiento, como concepto, se analizó empíricamente, y se incluyeron instrumentos de predicción y cribado según fuera adecuado. Beck y Watson (2010) examinaron la experiencia de las mujeres en el aniversario del trauma del parto, y observaron que el cumpleaños del hijo podría ser un momento en el que la mujer reexperimenta el trauma de nuevo (Beck et al., 2014).

Los investigadores han utilizado la PDSS para detectar la depresión posparto en una muestra adquirida en Internet en comparación con una muestra obtenida en la comunidad. Los resultados iniciales mostraron un alto grado de coherencia interna y validez del principio entre los dos grupos. Los resultados indicaban que el grupo de Internet incluía cifras de participación más altas entre mujeres hispanas y asiáticas, y mostraba más factores de riesgo para un diagnóstico de depresión posparto.

Los avances teóricos de la teoría de Beck (1993) de estar al límite se describen en Beck (2012a), donde publicó «una segunda modificación de la teoría fundamentada» de su teoría original, en parte para responder a la pregunta: «¿Es la depresión postparto un síndrome ligado a la cultura occidental?» Ese trabajo global es único en el sentido de que se replantea el concepto de la depresión posparto a través de las experiencias

de las mujeres de muchos países y continentes. Por tanto, los estudios que comenzó Beck sobre la depresión posparto dieron lugar a la segunda modificación de estar al límite. Los estudios se realizaron en Australia, Canadá, la República Democrática del Congo, Etiopía, Indonesia, Irlanda, Taiwán, Emiratos Árabes Unidos y el Reino Unido. Se describieron nuevas dimensiones de las mujeres en esos países, lo que representa un proceso de estar al límite en cuatro etapas:

1. **Encuentro con el terror**, que se manifiesta con horribles ataques de ansiedad, confusión envolvente, pensamientos obsesivos implacables y diversas expresiones somáticas.
2. **Muerte de una misma**, que se manifiesta por una alarmante sensación de «irrealidad» acerca de una misma y por la contemplación y los intentos de conductas autodestructivas, aislamiento y afrontamiento de las consecuencias.
3. **Lucha por sobrevivir**, que consiste en luchar contra el sistema, buscar consuelo en un grupo de apoyo, rezar para obtener alivio y desarrollar estrategias.
4. **Recuperación del control**, que consiste en una transición imprevisible, una recuperación comedia, lamentarse por el tiempo perdido y las consecuencias posteriores.

Beck (2015) publicó *Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect*. El segundo avance de la teoría original de Beck fue desarrollado utilizando el método de coalescencia teórico de Morse sobre el tema del parto traumático, el estrés postraumático y el estrés traumático secundario. Esta es una distinción importante, porque muchas mujeres que tienen partos aparentemente normales sufren depresión posparto. Teniendo en cuenta esta noción, un parto traumático puede experimentarse como psicológicamente traumático o físicamente traumático (Beck, 2015).

En este método, la formalización de las conexiones con otros numerosos estudios proporciona lo que ella describe como un «efecto dominó» en la teoría original. A medida que se van añadiendo otros estudios con varios grupos (como las diferencias de edad), se estudian los conceptos en diferentes culturas y, quizá, en diferentes momentos durante el embarazo, después del nacimiento, y en varios puntos a lo largo del primer año después del parto, el efecto dominó continúa.

A las mujeres que refirieron antecedentes de partos traumáticos se les ayudó a desarrollar sus propias estrategias para que el próximo parto fuera diferente. Tres cuartas partes de las mujeres del estudio comunicaron que sus partos posteriores fueron sanadores, lo que les aportó una nueva sensación de empoderamiento y un sentimiento espiritual de reverencia por su experiencia (Beck, 2016). Sin embargo, es especialmente preocupante la angustia constante que sienten las mujeres por un hijo nacido de una experiencia traumática. Se han observado dificultades en la relación madre-hijo, ya que tiene un efecto perjudicial sobre su desarrollo cognitivo, social y emocional, y dificulta la lactancia materna.

Es importante destacar que un parto traumático tiene consecuencias duraderas para los padres o parejas, los médicos, las comadronas, las enfermeras que atienden a las madres y las enfermeras de cuidados intensivos neonatales encargadas de

atender las consecuencias de esos partos (Beck, 2019). Las enfermeras son vulnerables a los desenlaces de esos partos, ya sea al cuidar a la madre o al bebé, y también se ha comprobado que sufren un estrés traumático continuo (Beck, 2012b).

Muchos métodos para el tratamiento del TEPT utilizados con los veteranos también se han recomendado para el personal médico. La reflexión parece ser una forma natural y fácil de comenzar el proceso para todos. Para las enfermeras que trabajan en todos los ámbitos, la reflexión parece ser algo natural.

CRÍTICA

Claridad

La teoría de Beck evidencia una claridad semántica, porque los conceptos están a nivel de la práctica y se definen de forma clara y coherente. En los informes de la investigación y entre ellos, Beck usa términos, ideas, definiciones y conceptos que reflejan crecimiento, pero están definidos y son fáciles de entender. En su investigación y sus escritos emplea un lenguaje inductivo y deductivo, y sus palabras son escuetas y claras.

Sencillez

La depresión posparto es un fenómeno complejo, desde el punto de vista de la experiencia y de la teoría. Sin embargo, la teoría de Beck de la depresión posparto sigue una progresión lógica específica de las observaciones realizadas en la práctica de la enfermería. Es accesible empírica y teóricamente. Es importante señalar que los conceptos y las definiciones usados para predecir el riesgo de depresión posparto en una mujer, y los conceptos y las definiciones empleados en la detección sistemática de los síntomas de depresión posparto en las mujeres son explícitos, directamente significativos para las mujeres, el público profano, los profesionales de enfermería y otras disciplinas relacionadas.

Generalidad

Beck ha tenido en cuenta la complejidad de la depresión posparto dentro de la expansión de los conceptos en la teoría. Las cuestiones de la generalidad se refieren a la amplitud con que la teoría describe la experiencia humana, lo cual está apoyado por la aplicabilidad de la teoría en diferentes contextos culturales. Chinn y Kramer (2018) señalan que la generalidad se refiere a la capacidad de una teoría para seguir siendo conceptualmente sencilla, al tiempo que explica una amplia variedad de experiencias empíricas. La depresión posparto puede considerarse una experiencia relativamente restringida, pero su naturaleza y sus causas son especialmente complejas. Es importante mencionar que Beck estudió las experiencias de muchas mujeres y utilizó la investigación de numerosas fuentes que abordan la depresión posparto en distintos grupos geográficos y culturales. La reunión de estos estudios para compararlos y contrastarlos con la teoría existente ha dado un

nuevo impulso a la teoría e influye en su generalidad de un modo significativo.

Accesibilidad

La PDSS se ha sometido a un riguroso proceso estadístico de desarrollo y normalización. En 2000, Beck y su colega investigador Gable analizaron las propiedades psicométricas de la escala en lo que se refiere a la exactitud de la medida dentro de los ejemplos del desarrollo y del diagnóstico. Los análisis de validez se llevaron a cabo con los dos ejemplos, así como las intervenciones utilizadas para establecer las puntuaciones límite para las interpretaciones clínicas. Estos estudios indicaron que la PDSS (Beck, 2002c) es un instrumento de cribado fiable y válido para la detección de la depresión posparto. Beck tiene dos instrumentos: la PDSS, que está bien establecida, y el PDPI, que recientemente se ha demostrado que es válido y fiable en una amplia gama de estudios desde 2000 hasta ahora. Una característica importante de la teoría de Beck es su accesibilidad inmediata y su potencial dinámico para influir en la vida de las mujeres.

Importancia

El valor del trabajo de Beck es cada vez más importante dentro de la enfermería y otras disciplinas de la atención sanitaria. Evidentemente, los trastornos del estado de ánimo perinatales son algo más que inconvenientes transitorios para las mujeres y sus familias. La secuencia de acontecimientos en la vida de las mujeres señala la extraordinaria necesidad de un mayor conocimiento y uso de la teoría Beck de la depresión posparto para la prevención, la identificación, la intervención precoz y el tratamiento.

Cada vez se reconoce más que la responsabilidad de la identificación e intervención precoces en la depresión posparto no solo corresponde a los principales responsables de atender a las mujeres durante el embarazo e inmediatamente después del parto. Debido a las interacciones constantes con las madres, los profesionales de enfermería de cuidados pediátricos y neonatales pueden contribuir de forma valiosa a las intervenciones con éxito para las madres que sufren depresión posparto. Los profesionales de enfermería psiquiátrica también son capaces de identificar el riesgo en las mujeres (o en sus hijos), que no indica depresión posparto de forma inmediata.

Sin embargo, los conocimientos sobre la depresión posparto se están desarrollando de forma que arrojan luz sobre consecuencias menos evidentes. Recientemente, la depresión posparto se ha relacionado con efectos adversos sobre el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, y con problemas conductuales de los niños mayores en el colegio. La depresión posparto podría tener un efecto negativo sobre situaciones como el consumo de drogas, los accidentes de tráfico, las conductas delictivas, la violencia doméstica, el progreso escolar, el empleo y el sueldo, y muchos otros. Un reconocimiento cada vez mayor por parte de la enfermería, de otras profesiones sanitarias y del público en general aumentará la identificación de la depresión posparto en los numerosos contextos en los que se desarrolla la vida de las personas.

RESUMEN

El desarrollo de la teoría de la depresión posparto de Beck es el ejemplo por excelencia de cómo se desarrolla un conocimiento enfermero creativo a partir de las observaciones de enfermería, utilizando múltiples métodos y pruebas rigurosas. La teoría se ha visto influenciada por distintas posturas teóricas y filosóficas, que han añadido tanto amplitud como disposición. La mayor parte de los profesionales de enfermería de maternidad son capaces de leer la teoría y de entender cómo aplicarla en su propia práctica. Beck y otros continúan extendiendo la teoría mediante la exploración de su aplicabilidad a distintas culturas y explorando vías para llegar a las mujeres que pueden beneficiarse de ella.

Cada vez más, las enfermeras y la sociedad en general reconocen que los problemas de la depresión posparto no se han

comprendido ni reconocido adecuadamente. La enfermería, como otras profesiones sanitarias, ha quedado conmocionada por los sucesos imprevistos que han tenido lugar cuando la depresión posparto ha conducido a resultados indeseados que han aparecido en las noticias. Incluso entre los profesionales de enfermería y de otras áreas de la atención sanitaria, su conocimiento no mitiga los efectos de esta enfermedad. Estos sucesos trágicos protagonizados por madres con problemas señalan la importancia de esta teoría. El trabajo de la Dra. Cheryl Tatano Beck ha demostrado que la investigación en enfermería aporta pruebas para comprender y administrar cuidados a las mujeres que tienen depresión posparto. Su investigación y los instrumentos facilitan la detección, la intervención precoz y el tratamiento.

CASO CLÍNICO

A los 11 años, Kim fue «vendida» por su madre a tres hombres adultos para pasar la noche. Kim contó que su madre le aconsejó: «Haz lo que te digan y volveré por la mañana». Kim nunca se recuperó. Aunque estaba relativamente bien durante los períodos esporádicos en que iba al colegio, su vida eran las drogas y los encuentros sexuales. A la edad de 17 años, Kim estaba embarazada y en la cárcel. Había sido arrestada varias veces y esta vez el juez insistió en que permaneciera en la cárcel hasta que naciera el bebé para garantizar que no estuviera consumiendo *crack* en el momento del parto. Las pruebas prenatales de Kim no indicaron consumo de drogas o de alcohol, así como ninguna de las pruebas que le realizaron en la cárcel. Ella insistió firmemente en que no había consumido drogas o alcohol desde que se enteró de que estaba embarazada (al final del primer trimestre). Por una serie de malentendidos, salió de la cárcel 2 semanas antes de dar a luz. Kim actuó correctamente y siguió sin consumir drogas, rechazó la medicación durante el parto y dio a luz a una niña preciosa y sana –sus análisis de sangre resultaron negativos para drogas–.

Kim recuerda que comenzó la maternidad creyendo que sería el acontecimiento que daría un giro a su vida, pero poco a poco Kim volvió a su antigua vida. Recibió dinero para comprar ropa y alimentos para el bebé, pero, a pesar de esa ayuda, Kim no tenía un lugar donde vivir ni dinero para mantenerse. Recibió atención médica posparto durante 6 semanas, pero después estuvo sola.

Cuando el bebé tenía 7 meses, Kim llamó a una enfermera que la había atendido durante el embarazo y le pidió ayuda para dar a su hija en adopción. Creía que simplemente nunca podría darle a su hija la vida que los niños merecen. Kim volvía a consumir drogas y a la niña la cuidaba cualquiera a quien convenciera. Eligió una agencia de adopción

cristiana local. El personal le dio la oportunidad de leer los perfiles de las familias potenciales, ver sus fotografías y elegir la familia que criaría a su bebé. Aunque ella no conocía ni el nombre ni la dirección, la familia y la agencia se comprometieron a enviarle fotografías e informes de su hija con regularidad. Sin recursos ni apoyo, y sin su hija, Kim volvió a la única vida que había conocido entre las únicas personas que realmente conocía. Kim nunca había tenido un trabajo de ningún tipo.

Dieciocho meses después, Kim tuvo otro bebé. Esta vez juró que las cosas serían diferentes. Cuando este nuevo niño tenía también unos 7 meses, Kim estaba otra vez consumiendo *crack* y pasando al bebé de un pariente a otro y de un amigo a otro. Por desgracia, Kim estaba presente cuando se cometió un crimen violento con un desenlace trágico previsible. Aunque no cometió el crimen, estaba presente y al final fue enviada a la cárcel.

Kim comentó que le encantaba estar embarazada, dar a luz y la idea de ser madre. Dijo: «Sería estupendo al principio, pero después de un par de meses comenzaría a sentirme mal. Parece que esto pasó con mis dos hijos, que a partir de los 6 o 7 meses simplemente no podía seguir cuidándolos».

Aunque Kim llevó a su hijo a un pediatra para que le hiciera un seguimiento, ninguno de los profesionales que la atendieron la conocía ni sabía su historial; lo que más les preocupaba era la salud de su hijo. El carácter de Kim era generalmente optimista, sonreía con facilidad. Es probable que nadie le preguntara nunca cosas importantes sobre su vida o su experiencia como madre.

La historia de Kim ilustra el tipo de complejidades que hacen que la depresión posparto sea especialmente difícil para las mujeres que viven en medio de las drogas y el caos. En medio de esta vida, las mujeres siguen queriendo ser

CASO CLÍNICO (cont.)

buenas madres y tienen esperanzas y sueños. Las drogas, el alcohol, los delitos y todo lo que hacía que la vida de Kim fuera caótica fueron las vías a través de las que recibió apoyo —después de los hechos—.

Las intervenciones de los profesionales sanitarios podrían haber marcado la diferencia en muchos momentos de la vida de Kim. Uno de estos momentos fue durante el periodo prenatal. Ella presentaba la mayoría de los factores de riesgo para la depresión posparto, a pesar de su actitud optimista hacia el embarazo.

1. Si hubiera sido uno de los profesionales de enfermería que atendieron a Kim durante los cuidados prenatales, ¿habría identificado que corría el riesgo de sufrir una depresión posparto?
2. ¿Qué tipo de plan de cuidados habría desarrollado antes o después del nacimiento del bebé?
3. ¿Habría estado dispuesta a intervenir a favor de Kim o de su bebé?
4. ¿Qué tipo de recursos comunitarios consideraría para ayudar a Kim?

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Entreviste a una amiga o familiar sobre lo que sintió antes y después del parto.
2. Analice la entrevista para responder a las siguientes preguntas:
 - ¿Tuvo los sentimientos que usted esperaba? ¿Le sorprendió alguno de esos sentimientos?
 - ¿Su descripción del parto sugiere alguno de los problemas observados en las mujeres con depresión posparto?
3. Explore los recursos disponibles en Internet sobre la depresión posparto y otras consecuencias para la salud mental de las mujeres, y proporcione a la entrevistada los que crea que pueden ser importantes.
4. ¿Qué recursos hay disponibles en su comunidad para las mujeres con depresión posparto o para aquellas con desenlaces más graves?
5. ¿Qué se enseña en la escuela de enfermería de su localidad a los estudiantes sobre las consecuencias para la salud mental de los partos traumáticos o sobre la depresión posparto?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Beck, C. T. (1998, 2002a). Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI). Disponible en *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, publicado bajo el auspicio de la Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses, por Sage Science Press, una edición de Sage Publications.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000, 2003). *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)*. Disponible a través de los Western Psychological Services, 12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90025-1251.
- Cheryl, T. Entrevista a Beck (2016). *Nursing theorists: Portraits of excellence, Vol. III*. Athens, Ohio: Fitne, Inc.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*, 42(1), 42-48.
- Beck, C. T. (2002a). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 394-402.
- Beck, C. T. (2002b). Postpartum depression: A meta-synthesis of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.
- Beck, C. T. (2002c). *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Beck, C. T. (2006). Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*, 106(5), 40-50.
- Beck, C. T. (2012a). Exemplar: Teetering on the edge: A second grounded theory modification. In P. L. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Beck, C. T. (2012b). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), 747-760.
- Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>.
- Beck, C. T. (2016). Posttraumatic stress disorder after birth: A metaphor analysis. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(2), 76-83.
- Beck, C. T. (2019). Synthesis of mixed research on posttraumatic stress related to traumatic birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 48(4), 385-397.
- Beck, C. T., Driscoll, J. W., & Watson, S. (2014). *Traumatic childbirth*. New York: Routledge.

- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research, 49*(5), 272–282.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2003). Postpartum depression screening scale: Spanish version. *Nursing Research, 52*(5), 296–306.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research, 59*(4), 241–249.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2018). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (10th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Elsevier.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle, & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternative for psychology* (pp. 48–71). New York: Oxford University Press.
- Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Furuta, M., Sandall, J., & Bick, D. (2012). A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy Childbirth, 12*, 125.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley: CA: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Hutchinson, S. (1986). Grounded theory: The method. In P. Munhall, & C. Oiler (Eds.), *Nursing research: A qualitative perspective* (pp. 111–130). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Lavoie, K. (2015). Five E's to support mothers with postpartum depression for breastfeeding success. *International Journal of Childbirth Education, 30*(2), 55–61.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2011). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, North American edition (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2011). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, North American edition (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sichel, D., & Driscoll, J. (1999). *Women's moods*. New York: Harper Collins.
- Tobin, C. L., Di Napoli, P., & Beck, C. T. (2018). Refugee and immigrant women's experience of postpartum depression: A meta-synthesis. *Journal of Transcultural Nursing, 29*(1), 84–100.
- Beck, C. T. (2004). Posttraumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research, 53*(4), 216–224.
- Beck, C. T. (2005). Benefits of participating in Internet interviews: Women helping women. *Qualitative Health Research, 15*(3), 411–422.
- Beck, C. T. (2006). Acculturation: Implications for perinatal research. *Maternal Child Nursing, 31*(2), 114–120.
- Beck, C. T. (2006). The anniversary of birth trauma: Failure to rescue. *Nursing Research, 55*(6), 381–390.
- Beck, C. T. (2006). Pentadic cartography: Mapping birth trauma narratives. *Qualitative Health Research, 16*(4), 453–466.
- Beck, C. T. (2007). Exemplar: Teetering on the edge: A continually emerging theory of postpartum depression. In P. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (4th ed., pp. 273–292). Boston: Jones & Bartlett.
- Beck, C. T. (2008). The nurses' vantage point. In S. D. Stone, & A. E. Menken (Eds.), *Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the healthcare practitioner* (pp. 203–217). New York: Springer.
- Beck, C. T. (2008). *Association of Women's Health, Obstetrics, and Neonatal Nursing. In Postpartum mood and anxiety disorders: Case studies, research, and nursing care*: Washington, DC.
- Beck, C. T. (2008). State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. Part 1. *American Journal of Maternal Child Nursing, 33*(2), 121–126.
- Beck, C. T. (2008). State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. Part 2. *American Journal of Maternal Child Nursing, 33*(3), 151–156. quiz 157–158.
- Beck, C. T. (2009). An adult survivor of childhood sexual abuse and her breastfeeding experience: A case study. *American Journal of Maternal Child Nursing, 34*(2), 91–97.
- Beck, C. T. (2009). The arm: There's no escaping the reality for mothers caring for their children with obstetric brachial plexus injuries. *Nursing Research, 58*(4), 237–245.
- Beck, C. T. (2009). Birth trauma and its sequelae. *Journal of Trauma and Dissociation, 10*(2), 189–203.
- Beck, C. T. (2009). Critiquing qualitative research. *AORN Journal, 90*(4), 543–554.
- Beck, C. T. (2009). Viewing the rich, diverse landscape of qualitative research. *Perioperative Nursing Clinics, 4*(3), 217–229.
- Beck, C. T. (2011). Developing a research program using qualitative and quantitative approaches. *Japanese Journal of Nursing Research, 44*, 371–379.
- Beck, C. T. (2011). A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research, 21*(3), 301–311.
- Beck, C. T. (2011). Meta-synthesis: Helping qualitative research take its rightful place in the hierarchy of evidence. *Japanese Journal of Nursing Research, 44*, 352–370.
- Beck, C. T. (2011). Revealing the subtle differences among postpartum mood and anxiety disorders: Phenomenology holds the key. In G. Thomson, F. Dykes, & S. Downe (Eds.), *Qualitative research in midwifery and childbirth: Phenomenological approaches* (pp. 193–214). New York: Routledge.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Beck, C. T. (1992). The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research, 41*(3), 166–170.
- Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care, 3*(1), 37–46.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research, 53*(1), 28–35.

- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10.
- Beck, C. T. (2012). A meta ethnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research*, 21(3), 301–311.
- Beck, C. T., & Barnes, D. L. (2006). Post-traumatic stress disorder in pregnancy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, summer, 4–9.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Beck, C. T., Froman, R., & Bernal, H. (2005). Acculturation level and postpartum depression in Hispanic mothers. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(5), 299–304.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, 50(4), 242–250.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Ensuring content validity: An illustration of the process. *Journal of Nursing Measurement*, 9(2), 201–215.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research*, 50(3), 155–164.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Item response theory in affective instrument development: An illustration. *Journal of Nursing Measurement*, 9(1), 5–22.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2005). The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). In C. Henshaw, & S. Elliott (Eds.), *Screening for perinatal depression* (pp. 133–140). London: Jessica Kingley.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2005). Screening performance of the Postpartum Depression Screening Scale—Spanish version. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 331–338.
- Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Postpartum depressive symptomatology: Results from a two-stage U.S. national survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(5), 427–435.
- Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further validation of the Postpartum Depression Predictors Inventory—Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(6), 735–745.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228–236.
- Freda, M. C., Beck, C. T., Campbell, D. E., Dell, D. L., & Ratcliffe, S. (2011). Quality improvement opportunities in postpartum care. In S. D. Berns (Ed.), *Toward improving the outcome of pregnancy III* (pp. 88–100). New York: March of Dimes.
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., et al. (2009). Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). *Archives of Women's Mental Health*, 12(4), 239–249.
- Segre, L., O'Hara, M., Arndt, S., & Beck, C. T. (2010). Nursing care for postpartum depression, part 1: Do nurses think they should offer both screening and counseling? *MCN. The American Journal of Maternal Child Health Nursing*, 35(4), 220–225.
- Segre, L., O'Hara, M., Arndt, S., & Beck, C. T. (2010). Screening and counseling for postpartum depression by nurses: The women's views. *MCN. The American Journal of Maternal Child Health Nursing*, 35(5), 280–285.
- Bibliografía de investigaciones en las que se ha utilizado la Screening Scale**
- Baker, L., & Oswalt, K. (2008). Screening for postpartum depression in a rural community. *Community Mental Health Journal*, 44(3), 171–180.
- Boyd, R. C., & Worley, H. (2007). Utility of the Postpartum Depression Screening Scale among low-income ethnic minority women. In A. I. Rosenfield (Ed.), *New research on postpartum depression* (pp. 151–166). Happaug, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Callister, L., Beckstrand, R. L., & Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(4), 440–449.
- Cantilino, A., Carvalho, J. A., Maia, A., Albuquerque, C., Cantilino, G., & Sougey, E. B. (2007). Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 672–684.
- Clarke, P. (2008). Validation of two postpartum depression scales with a sample of First Nations and Metis women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40(1), 113–125.
- Davis, S., Cross, J., & Link, B. K. (2008). Exploring the Postpartum Adjustment Questionnaire: A predictor of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(6), 622–630.
- De Alencar, A. E., Arraes, L. C., de Albuquerque, E. C., & Alves, J. G. (2008). Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55(1), 36–38.
- Karacam, Z., & Kitiis, Y. (2008). The Postpartum Depression Screening Scale: Its reliability and validity for the Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(2), 187–196.
- Le, H. N., Perry, D. F., & Sheng, X. (2009). Using the Internet to screen for postpartum depression. *Maternal and Child Health Journal*, 13, 213–221.
- Le, H. N., Perry, D. F., & Ortiz, G. (2010). The Postpartum Depression Screening Scale-Spanish version: Examining the psychometric properties and prevalence of risk for postpartum depression. *Journal of Immigrant Minority Health*, 12(2), 249–258.
- Li, L., Liu, F., Zhang, H., Wang, L., & Chen, X. (2011). Chinese version of the Postpartum Depression Screening Scale: Translation and validation. *Nursing Research*, 60(4), 231–239.
- Pereira, A. T., Bos, S., Marques, M., Maia, B. R., Soares, M. J., Valente, J., et al. (2010). The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 90–100.
- Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B. R., Soares, M. J., Valente, J., et al. (2011). The postpartum depression screening

- scale: Is it valid to screen for antenatal depression? *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 227–238.
- Postmontier, B. (2008). Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(6), 722–737.
- Quelopana, A. M., & Champion, J. D. (2010). Validation of the Postpartum Depression Screening Scale Spanish version in women from Arica. *Chili. Ciencia y Enfermería*, 16(1), 37–47.
- Zubaran, C., & Foresti, K. (2011). Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women and Birth*, 24(1), 10–16.
- Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M. V., Amoretti, A. L., Müller, L. C., Thorell, M. R., et al. (2009). Validation of a screening instrument for postpartum depression in Southern Brazil. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(4), 244–254.
- Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M. V., Amoretti, A. L., Thorell, M. R., & Müller, L. C. (2010). The correlation between postpartum depression and health status. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 751–757.
- Zubaran, C., Schumacher, M. V., Foresti, K., Thorell, M. R., Amoretti, A., & Müller, L. (2010). The Portuguese version of the Postpartum Depression Screening Scale-Short Form. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 36(5), 950–957.
- Zubaran, C., Schumacher, M., Roxo, M. R., & Foresti, K. (2010). Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry*, 13(5), 357–366.



Kristen M. Swanson
(1953-actualidad)

Kristen M. Swanson: teoría de los cuidados

Danuta M. Wojnar

*«Los cuidados son una forma de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personales.»
(Swanson, 1991, p. 162)*

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Kristen M. Swanson, RN, PhD, FAAN, nació en Providence, Rhode Island. Se licenció con calificación *magna cum laude* en la Facultad de Enfermería de la University of Rhode Island en 1975. Comenzó su carrera como enfermera titulada en el University of Massachusetts Medical Center en Worcester, porque la administración de enfermería fundadora articulaba claramente una visión de la práctica profesional de la enfermería y trabajó activamente con las enfermeras para aplicar estos ideales al trabajo con los clientes (Swanson, 2001).

Como enfermera principiante, Swanson quería sobre todo convertirse en una profesional con conocimientos y habilidades técnicas con el objetivo de enseñar a otros. De ahí que completara el posgrado Adult Health and Illness Nursing en la University of Pennsylvania, en Filadelfia. Tras obtener un máster en Enfermería, en 1978 trabajó brevemente como instructora clínica de enfermería médico-quirúrgica en la Escuela de Enfermería de la University of Pennsylvania y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado en enfermería de la University of Colorado, en Denver, donde estudió enfermería psicosocial, haciendo hincapié en los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados.

Mientras era estudiante de doctorado, como parte de una experiencia práctica con una actividad de promoción de la salud seleccionada por ella misma, Swanson participó en un grupo de apoyo a partos por cesárea centrado en el aborto espontáneo. El orador invitado, un médico, se concentró en la fisiopatología y los problemas de salud dominantes tras el aborto natural, pero las mujeres que asistían a la reunión estaban más interesadas en hablar de sus experiencias personales en su embarazo frustrado. Aquel día Swanson decidió ampliar

su aprendizaje en torno a la experiencia humana y las respuestas tras un aborto natural. Los cuidados y los abortos se convirtieron en el centro de su tesis doctoral y, posteriormente, de su programa de investigación.

Swanson recibió una beca posdoctoral otorgada individualmente por el National Research Service del National Center for Nursing Research, que completó bajo la dirección de la Dra. Kathryn E. Barnard en la University of Washington, en Seattle. Posteriormente se unió al profesorado de la Escuela de Enfermería de la University of Washington, donde prosiguió su trabajo académico como profesora y presidenta del Departamento de Enfermería Comunitaria hasta el verano de 2009. Además de sus responsabilidades docentes y administrativas en la University of Washington, dirigió investigaciones financiadas por los National Institutes of Nursing Research, publicó y dirigió a profesores y estudiantes en sus trabajos y actuó como consultora nacional e internacional. Ha sido conferenciante invitada o profesora visitante en multitud de ocasiones, en el Karolinska Institutet, en Suecia, el IWK (Isaac Walton Killam) Health Center, un hospital de atención especializada para mujeres, niños y sus familiares en Halifax, Nueva Escocia, Canadá, y, más recientemente, en la National Cheng Kung University en Taiwán, entre otros. Durante su estancia en la University of Washington, de 2004 a 2009, Swanson ocupó también el puesto de profesora en Liderazgo en Enfermería en el University of Washington Medical Center. Fue decana y profesora distinguida en la Escuela de Enfermería de la University of North Carolina (UNC) en Chapel Hill y directora adjunta de Enfermería para asuntos académicos en los hospitales de la UNC durante 5 años. Swanson regresó a Seattle en 2014, donde fue nombrada decana de la Facultad de Enfermería de la Seattle University, puesto que sigue ocupando en la actualidad.

La Dra. Swanson continúa con su labor académica, que en los últimos años se ha reorientado hacia la investigación traslacional y la consultoría con diversas organizaciones para poner en práctica su teoría de los cuidados en la práctica clínica, la formación y la investigación. Entre sus contribuciones al sistema sanitario destacan la pertenencia al consejo de administración del Swedish Health System en Seattle, a la junta directiva de la American Association of Colleges of Nursing (AACN), así como formar parte del equipo editorial o ejercer como revisora de las revistas *Journal of Nursing Scholarship*, *Nursing Outlook*, *Research in Nursing and Health*, e *International Journal of Human Caring*. En reconocimiento a sus numerosas y destacadas contribuciones a la disciplina de la enfermería, entre otras distinciones, Swanson fue admitida como miembro de la American Academy of Nursing en 1991, recibió el Premio a la Alumna Distinguida de la University of Rhode Island en 2002, fue elegida miembro del programa Nurse Executive Fellows de la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) en 2004 y fue seleccionada para formar parte del National Advisory Committee (NAC) de la RWJF para el Faculty Nurse Scholars Program.

FUENTES TEÓRICAS

Swanson ha recurrido a varias fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los cuidados. Ella recuerda que desde el comienzo de su carrera de enfermería, su educación y experiencia clínica la hicieron muy consciente de la profunda diferencia que los cuidados podían marcar en la vida de las personas a las que atendía:

«Ver a los pacientes entrar en un espacio de total dependencia y salir recuperados por el otro lado fue como presenciar un milagro. Sentarse con los cónyuges mientras confiaban el corazón (y la vida) de su pareja al equipo quirúrgico era sobrecogedor. Era alentador observar los recursos internos a los que podían apelar los miembros de la familia para transferir lo que no podían controlar. Me animaba tener el privilegio de ser invitada a los espacios que creaban los pacientes y sus familias para soportar sus transiciones a través de la enfermedad, la recuperación y, en algunos casos, la muerte.»

(Swanson, 2001, p. 412)

Swanson atribuye a varios estudiosos de la enfermería las ideas que conformaron sus creencias sobre la disciplina enfermera e influyeron en su programa de investigación. Reconoce que asistir al curso de la Dra. Jacqueline Fawcett sobre la base conceptual de la práctica de la enfermería la llevó a comprender las diferencias entre los objetivos de la enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, y a darse cuenta de que cuidar a los demás mientras atraviesan las transiciones vitales de salud, enfermedad, curación y muerte era congruente con sus valores personales (Swanson, 2001). Swanson escogió a la Dra. Jean Watson como directora de sus estudios de doc-

torado. Atribuye a la influencia de la Dra. Watson el énfasis de explorar el concepto de los cuidados en su tesis doctoral. Sin embargo, a pesar de la estrecha relación de trabajo y del énfasis en los cuidados de la tesis doctoral de Swanson, el programa de investigación de Swanson sobre los cuidados y el aborto no es una aplicación de la teoría de los cuidados humanos de Watson (Watson, 1979, 1988, 1999). Más bien, Swanson y Watson afirman que la compatibilidad de los hallazgos sobre los cuidados en sus programas individuales de investigación añade credibilidad a sus afirmaciones teóricas (Swanson, 2001). Swanson agradece a la Dra. Kathryn E. Barnard que la animara a hacer la transición desde el paradigma interpretativo hasta el empírico contemporáneo, a transferir lo que aprendió y postuló sobre los cuidados a lo largo de varias investigaciones fenomenológicas para dirigir la investigación de intervención y la práctica clínica con mujeres que han sufrido un aborto.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

Swanson formuló su teoría de los cuidados de forma inductiva, como resultado de varias investigaciones. Para su tesis doctoral Swanson analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado recientemente utilizando fenomenología descriptiva. Como resultado de esta investigación fenomenológica, Swanson propuso dos modelos: 1) el modelo de los cuidados, y 2) el modelo de la experiencia humana del aborto. El modelo de los cuidados proponía cinco procesos básicos (*conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias*) que dan sentido a los actos etiquetados como cuidados (Swanson-Kauffman, 1985, 1986, 1988a, 1988b). Esto fue fundamental para la teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson (1991).

Cuando era becaria posdoctoral, Swanson llevó a cabo un estudio fenomenológico en el que exploraba la provisión de cuidados a lactantes vulnerables en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Swanson (1990) descubrió que los procesos de cuidados que identificó con las mujeres que habían abortado también eran aplicables a las madres, los padres, los médicos y las enfermeras responsables del cuidado de los niños en la UCIN. De ahí que mantuviera la redacción que describía los actos de los cuidados y propusiera que el cuidado integral en un entorno complejo abarca el equilibrio entre los cuidados (de uno mismo y de la persona cuidada), el apego (a otros y roles), la gestión de las responsabilidades (asignadas por uno mismo, por los demás y por la sociedad) y la evitación de desenlaces desfavorables (Swanson, 1990).

En una investigación fenomenológica posterior llevada a cabo con madres en situación de riesgo social, Swanson (1991) exploró cómo había sido para estas madres recibir una intervención de enfermería intensa y de larga duración. Swanson recuerda que, después de este estudio, finalmente fue capaz de definir los cuidados y de mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados. En conjunto, las investigaciones

fenomenológicas con las mujeres que habían abortado, los cuidadores de la UCIN y las madres de alto riesgo social sentaron las bases para la expansión del modelo de los cuidados a la teoría de nivel medio de los cuidados (Swanson, 1991, 1993).

Swanson puso a prueba su teoría de los cuidados con mujeres que habían abortado en investigaciones financiadas por los National Institutes of Nursing Research y otras fuentes de financiación. La investigación de intervención de Swanson (1999a, 1999b) ($N = 242$) examinó los efectos de las sesiones de asesoramiento basadas en los cuidados sobre la aceptación de la pérdida por parte de las mujeres y sobre el bienestar emocional durante el primer año después de abortar. Algunos objetivos adicionales del proyecto fueron examinar los efectos del paso del tiempo sobre la curación durante ese primer año y desarrollar estrategias para controlar intervenciones de los cuidados. Este estudio estableció que, aunque el paso del tiempo tenía efectos positivos sobre la curación de la mujer tras el aborto, las intervenciones de cuidados ejercían un efecto positivo sobre la reducción global de la alteración del estado de ánimo, del enfado y del nivel de depresión. El segundo objetivo era controlar la variable de los cuidados e identificar si estos eran administrados como se pretendía. Para hacerlo, se controlaron los cuidados de las tres maneras siguientes:

1. Se transcribió aproximadamente el 10% de las sesiones de asesoramiento y los datos se analizaron mediante un análisis del contenido inductivo y deductivo.
2. Antes de cada sesión de cuidados, el consejero completó el perfil de estados de ánimo de McNair et al. (1981) para comprobar si el estado de ánimo del consejero estaba asociado con las puntuaciones de los cuidados de las mujeres después de cada sesión, utilizando una Caring Professional Scale desarrollada por el investigador.
3. Después de cada sesión, el consejero completó una Counselor Rating Scale desarrollada por el investigador y tomó notas descriptivas sobre su propio asesoramiento.

El hallazgo más destacable de la supervisión de los cuidados fue que los clientes estaban muy satisfechos con la atención recibida durante las sesiones de asesoramiento, lo que sugiere que la atención se proporcionó y se recibió como se pretendía.

La siguiente investigación de Swanson (1999c) fue un metaanálisis de la bibliografía sobre los cuidados. Una revisión en profundidad de 130 investigaciones sobre los cuidados llevó a Swanson a proponer que el conocimiento sobre los cuidados puede clasificarse en cinco dominios (niveles) jerárquicos, y que la investigación realizada en cualquier dominio asume la presencia de todos los dominios anteriores (Swanson, 1999c).

- El primer dominio se refiere a las capacidades de las personas para prestar cuidados.
- El segundo dominio se refiere a las preocupaciones y compromisos de los individuos que conducen a acciones de los cuidados.

- El tercer dominio se refiere a las condiciones (de la enfermera, del cliente, de la organización) que aumentan o disminuyen la probabilidad de prestar cuidados.
- El cuarto dominio se refiere a las acciones de los cuidados.
- El quinto dominio se refiere a las consecuencias o a los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados, tanto para el cliente como para el profesional (Swanson, 1999c).

La realización del metaanálisis de la bibliografía aclaró el significado del concepto de cuidado tal y como se utiliza en la disciplina de la enfermería y validó la transferibilidad de la teoría de nivel medio de los cuidados de Swanson más allá del contexto perinatal.

Posteriormente, Swanson fue autora o coautora de numerosos artículos y capítulos de libros sobre la aplicación de las relaciones de cuidados y curación en la práctica clínica y la formación, o que ponían a prueba la teoría de los cuidados, y el legado histórico de la enfermería como profesión orientada a los cuidados y la curación, lo que incluye el significado, la importancia y las consecuencias de los entornos de curación óptimos para la práctica, la formación y la investigación en la enfermería moderna (Swanson y Wojnar, 2004). Presentaron los focos centrales de la enfermería como disciplina: lo que significa ser una persona y experimentar la personalidad; el significado de la salud a nivel individual, familiar y social; cómo los entornos crean o disminuyen el potencial para la promoción, el mantenimiento o el restablecimiento del bienestar, y la terapéutica enfermera para los cuidados-curación. Sus publicaciones aumentaron la capacidad de las enfermeras para ofrecer cuidados compasivos (Swanson, 2007). Swanson exploró la importancia de los cuidados para el bienestar de las personas y describió situaciones que afectan a la calidad de los cuidados enfermeros, desde las relaciones interpersonales y los entornos físicos hasta el liderazgo ejecutivo o directivo.

En su propio programa de investigación, Swanson puso a prueba la utilizabilidad de la teoría del cuidado. En 2003, Swanson y sus colaboradores publicaron los resultados de una investigación sobre los efectos del aborto espontáneo en las relaciones interpersonales y sexuales durante el primer año después de la pérdida desde la perspectiva de las mujeres, e investigaron el contexto y la evolución de las respuestas de las mujeres al aborto durante el primer año después de este (Swanson et al., 2007). En 2009, Swanson y su equipo de investigación publicaron los resultados de un estudio de intervención financiado denominado Couples Miscarriage Healing Project. El objetivo era comprender mejor los efectos del aborto en hombres y mujeres como individuos y como pareja, explorar los efectos del aborto en las relaciones en pareja e identificar las mejores formas de ayudar a que estos hombres y mujeres se recuperaran, individualmente y en pareja, después de una pérdida inesperada del embarazo. Los participantes en el estudio (341 parejas heterosexuales) fueron asignados aleatoriamente a grupos de control y a uno de tres posibles grupos de tratamiento: 1) cuidados enfermeros, que comprendían la asistencia a tres sesiones de asesoramiento

con un profesional de enfermería; 2) autocuidados, que contemplaban el visionado de tres vídeos y completar cuadernos de trabajo, o 3) cuidados combinados, que incluían la asistencia a una sesión de cuidados con profesionales de enfermería y el visionado de tres vídeos y completar cuadernos de trabajo, para determinar la manera más eficaz de apoyar a las parejas después de un aborto natural. Las intervenciones, basadas en la teoría de los cuidados de Swanson y en el significado del modelo de la experiencia humana del aborto, se realizaron en las semanas 1, 5 y 11 después del inicio del estudio. Los resultados incluían la depresión utilizando la Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D), el duelo, el duelo puro (PG, *pure grief*) y las emociones relacionadas con el duelo (GRE, *grief-related emotions*). Las diferencias en los índices de recuperación se estimaron a través de una modelización multinivel realizada en un marco bayesiano. Las probabilidades bayesianas (BO, *Bayesian odds*), que oscilan entre 3,0 y 7,9, mostraron que los cuidados de enfermería fueron los más eficaces para acelerar la resolución de la depresión en las mujeres. Un valor de BO de 3,2 a 6,6 respaldaba la intervención de cuidados de enfermería y la ausencia de tratamiento con respecto al autocuidado y los cuidados combinados para resolver la depresión en los hombres. Un BO de 3,1 a 7,0 respaldaba las tres intervenciones con respecto a la ausencia de tratamiento para acelerar la resolución del duelo en las mujeres, y un BO de 18,7 a 22,6 respaldaba los cuidados de enfermería y los cuidados combinados con respecto a los autocuidados o la ausencia de

tratamiento para resolver el duelo en los hombres. Un BO de 2,4 a 6,1 respaldaba los cuidados de enfermería y los autocuidados frente a los cuidados combinados o la ausencia de tratamiento para promover la resolución del síndrome de estrés postraumático en las mujeres. Un BO de 3,5 a 17,9 respaldaba los cuidados de enfermería, los cuidados combinados y el control de los autocuidados para resolver las emociones del duelo en los hombres. Los cuidados por profesionales de enfermería alcanzaban el impacto global más positivo en la resolución del duelo y la depresión en parejas (Swanson et al., 2009). Además, la resolución del duelo se aceleraba con autocuidados en mujeres e intervención de cuidados combinados en hombres. Los investigadores concluyeron que la aplicación de la teoría de los cuidados en la práctica clínica es una estrategia eficaz para promover la curación después de un aborto inesperado para mujeres y hombres como individuos y como parejas.

Swanson sigue colaborando en otras investigaciones, en particular de los investigadores más jóvenes a los que tutoriza. En 2006, Wojnar y Swanson analizaron por qué las madres lesbianas deben tener una consideración especial a la hora de recuperarse tras un aborto. Como resultado, Wojnar et al. (2011) revisaron el modelo conceptual del aborto, incluyendo a la población de lesbianas para la práctica clínica y la investigación. Swanson es coautora de un artículo basado en el análisis secundario de sus datos, en el que se investiga la influencia del género y de los factores reproductivos en la repercusión del aborto (Huffman et al., 2015).



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Cuidados

Los **cuidados** son una forma alentadora de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (Swanson, 1991).

Conocimiento

El **conocimiento** es esforzarse por comprender el significado de un acontecimiento de la vida del otro, evitando las conjeturas, centrándose en la persona atendida, buscando pistas, evaluando meticulosamente, e implicando tanto al que cuida como al que es atendido en el proceso de conocer (Swanson, 1991).

Estar con

Estar con significa estar emocionalmente presente para el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona atendida (Swanson, 1991).

Hacer por

Hacer por significa hacer por los demás lo que uno haría por sí mismo si fuera posible, lo que incluye anticiparse a las

necesidades, reconfortar, actuar con habilidad y competencia y proteger a la persona atendida preservando su dignidad (Swanson, 1991).

Posibilitar

Posibilitar es facilitar el paso del otro a través de las transiciones vitales y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, validando los sentimientos, generando alternativas, reflexionando y proporcionando retroalimentación (Swanson, 1991).

Mantener las creencias

Mantener las creencias es sostener la fe en la capacidad del otro para superar un acontecimiento o una transición y afrontar un futuro con sentido, creer en la capacidad del otro y tenerlo en alta estima, mantener una actitud llena de esperanza, ofrecer un optimismo realista, ayudar a encontrar el sentido y permanecer junto a la persona cuidada sea cual sea la situación (Swanson, 1991).

PRINCIPALES PREMISAS

En 1993, Swanson desarrolló aún más su teoría de los cuidados fundamentados haciendo explícitas sus principales premisas sobre los cuatro fenómenos principales de interés para la disciplina enfermera: **enfermería, persona-cliente, salud y entorno**.

Enfermería

Swanson (1991, 1993) define la enfermería como el cuidado fundamentado del bienestar de los demás. Afirma que la disciplina enfermera se nutre de los conocimientos empíricos de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como de «los conocimientos éticos, personales y estéticos derivados de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales» (Swanson, 1993, p. 352).

Persona

Swanson (1993) define a las personas como «seres únicos que están en pleno devenir y cuya totalidad se manifiesta en pensamientos, sentimientos y comportamientos» (p. 352). Postula que las experiencias vitales de los individuos se ven influidas por una compleja interacción de «la herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío» (Swanson, 1993, p. 352). Por lo tanto, las personas moldean y son moldeadas por el entorno en el que viven.

Swanson (1993) considera a las personas como seres dinámicos, en crecimiento, introspectivos, que anhelan estar conectados con los demás y que son espirituales. Sugiere que «el legado espiritual conecta a cada ser con una fuente eterna y universal de bondad, misterio, vida, creatividad y serenidad. El legado espiritual puede ser un alma, poder superior/ Espíritu Santo, energía positiva o, simplemente, gracia. El libre albedrío se identifica con la elección y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se afronta un rango de posibilidades» (p. 352). Sin embargo, Swanson (1993) señaló que las limitaciones impuestas por la raza, la clase social, el género o el acceso a la atención médica pueden impedir que los individuos ejerzan su libre albedrío. Por lo tanto, el reconocimiento del libre albedrío obliga a la disciplina enfermera a aceptar la individualidad y a considerar un abanico de posibilidades que sean aceptables o deseables para aquellos a los que las enfermeras atienden.

Además, Swanson postula que el otro, a cuya persona sirve la disciplina enfermera, se refiere a las familias, los grupos y las sociedades. Así, con esta comprensión de la persona, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias. Finalmente, cuando las enfermeras piensan en el otro, hacia el que dirigen sus cuidados, también necesitan pensar en sí mismas y en otras enfermeras y su cuidado, así como ser cuidadas por los demás.

Salud

Según Swanson, experimentar la salud y el bienestar es:

«Vivir la experiencia subjetiva y llena de sentido de la plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en la que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Las facetas del ser incluyen los muchos seres que nos hacen humanos: nuestra espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relación, feminidad, masculinidad y sexualidad, por mencionar solo unas pocas.»

(1993, p. 353)

Así, Swanson restablece el bienestar como un proceso complejo de curación y sanación que incluye «librarse del dolor interno, establecer nuevos significados, restablecer la integración y emerger con un sentimiento de plenitud renovada» (Swanson, 1993, p. 353).

Entorno

Swanson (1993) define el entorno como situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es «cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente» (p. 353). Swanson afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar solo unos pocos. Según Swanson (1993), los términos *entorno* y *persona-cliente* en enfermería pueden considerarse intercambiables. Por ejemplo, Swanson plantea: «Con fines heurísticos, el objetivo sobre el entorno/cliente designado puede ser especificado a nivel intraindividual, en el que el “cliente” puede estar en el nivel celular y el ambiente pueden ser los órganos, tejidos o cuerpo del que la célula es parte» (p. 353). Por tanto, lo que se considera un entorno en una situación puede ser considerado cliente en otra.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La teoría de los cuidados de Swanson (Swanson, 1991, 1993, 1999a) se derivó empíricamente a través de una investigación fenomenológica. Ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica y hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar. Swanson (1991) define los cuidados como «una forma alentadora de relacionarse con un ser preciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personales» (p. 162).

Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Swanson (1993) afirma que los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, transmitida por estar emocional y físicamente presente, y representada al hacer por y posibilitar al cliente. Los procesos de los cuidados se superponen y pueden no

Estructura del cuidado



Fig. 35.1 La estructura de los cuidados en relación con la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión informada, la transmisión del mensaje, las acciones terapéuticas y el resultado previsto. (Tomado de Swanson, K. M. [1993]. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25[4], 352–357.)

existir separados. Cada uno de ellos es un componente integral de la estructura general de los cuidados (fig. 35.1). Swanson (1993) señaló que el repertorio de cuidados terapéuticos de las enfermeras principiantes puede estar limitado y restringido por la inexperiencia. Por otro lado, las técnicas y el conocimiento que envuelven los cuidados de las enfermeras con experiencia pueden ser tan complicados y sutiles que los cuidados pueden pasar desapercibidos para un observador profano. Sin embargo, Swanson (1993) afirma que, independientemente de los años de experiencia en enfermería, los cuidados se prestan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace esperado para el cliente).

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría de los cuidados de Swanson se desarrolló empíricamente utilizando un enfoque inductivo. Chinn y Kramer (2018) señalan que «en la investigación por inducción se observan y analizan eventos particulares como base para formular afirmaciones teóricas generales» (p. 293). La teoría de Swanson se generó a partir de investigaciones fenomenológicas con mujeres que sufrían una pérdida inesperada de su embarazo, con personas que cuidaban de niños prematuros y enfermos en UCIN y con madres socialmente en riesgo que recibían atención de larga duración de profesionales de enfermería con preparación de máster. Swanson afirma que su metaanálisis en profundidad de la investigación sobre el cuidado apoyó la generalidad de su teoría más allá del contexto perinatal (Swanson, 1999c).

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

La utilidad de la teoría de los cuidados de Swanson se ha demostrado en la investigación, la formación y la práctica clínica. La proposición de que los cuidados son fundamentales para la práctica de la enfermería tuvo su comienzo en la comprensión por la teórica de la importancia de los cuidados en la práctica profesional de la enfermería y en los hallazgos de las investigaciones fenomenológicas de Swanson. Sus investigaciones posteriores demostraron la aplicabilidad de la teoría de los cuidados en la práctica clínica, la formación y la investigación de enfermería. La teoría de Swanson ha sido adoptada como marco de la práctica profesional de la enfermería en EE. UU., Canadá y Suecia. Un ejemplo es la Escuela de Enfermería de la Dalhousie University en Halifax, Nueva Escocia (Canadá), que seleccionó la teoría de los cuidados de Swanson para guiar el desarrollo de las futuras generaciones de enfermeras como profesionales en cuidados a principios de la década de 2000 y que continúa hasta hoy. Asimismo, las enfermeras del IWK Health Centre en Halifax reconocieron el legado tradicional de la enfermería como una disciplina de cuidados-curación en 1998 y continúan utilizando la teoría de los cuidados de Swanson como su marco para la práctica profesional de la enfermería.

Los cuidados enfermeros se manifiestan de diferentes maneras y en distintos contextos de la práctica. Por ejemplo, en un contexto de posparto, la demostración a unos padres primerizos de cómo se baña a un bebé incluye los cinco procesos de cuidados. La acción consiste en *estar con* para enseñar a los padres cómo deben bañar al recién nacido. El momento del baño, sin prisas, para que el bebé esté despierto y los

padres estén presentes, transmite voluntad (*hacer por o posibilitar*); y el hecho de observar, preguntar e implicar a los padres en la tarea les hace participar en el cuidado de su propio bebé (*resultado previsto*), al tiempo que se reconoce que son perfectamente capaces de cuidar de su hijo recién nacido y que sus preferencias son importantes (*conocer y mantener las creencias*). Al realizar esta acción, aparentemente sencilla, el profesional de enfermería crea un entorno óptimo para aprender que facilita que los nuevos padres tomen decisiones sobre los cuidados de su bebé, a la vez que establece un equilibrio entre la tarea como una oportunidad para conseguir la implicación en un encuentro social con significado y el desarrollo de una relación de confianza.

Formación

El cuidado humano y altruista se produce cuando la teoría se utiliza en diversas áreas de la práctica, como la alimentación o el aseo de una persona mayor incapacitada, el control y la gestión de la recuperación de un paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular o la mejora de las habilidades de los nuevos padres para cuidar de sus hijos. Los cuidados de enfermería reconocen la importancia de atender la plenitud de los seres humanos en sus vidas cotidianas, como demostró Swanson en sus investigaciones con mujeres que habían abortado, profesionales de la UCIN y madres de alto riesgo social. Así, la teoría de Swanson ofrece a los educadores de enfermería una forma sencilla de iniciar a los estudiantes en la profesión, sumergiéndolos en el lenguaje de lo que significa cuidar y ser cuidado para promover, restaurar o mantener el bienestar óptimo de las personas. McKelvey (2018) insiste en la importancia de enseñar conductas de cuidados a los estudiantes de enfermería durante su formación.

Investigación

Swanson ha continuado con el desarrollo de su teoría, describiendo y definiendo el concepto de los cuidados y los procesos básicos de estos, el desarrollo de instrumentos y la comprobación mediante la investigación de intervenciones con mujeres y hombres que han experimentado un aborto de manera inesperada. En la literatura de enfermería siguen apareciendo múltiples ejemplos de investigaciones basadas en la teoría de Swanson, como la investigación de Roscigno sobre niños que sufrieron traumatismos craneoencefálicos (Roscigno et al., 2011, 2015; Roscigno y Swanson, 2011), y la investigación sobre padres cuyos hijos requieren cirugía por un defecto cardíaco congénito (Wei et al., 2016). Swanson et al. exploraron las respuestas de duelo y las necesidades de cuidados de los padres en otros contextos, como el duelo de los padres con riesgo de tener un bebé extremadamente prematuro (Kavanaugh et al., 2015).

La investigación con la teoría de Swanson demuestra la conexión teoría-práctica característica de la teoría de nivel medio. Marks (2020) investigó las percepciones de los pacientes sobre la tranquilidad y la creación de entornos de descanso durante la noche. Westmoreland y Wojnar (2019) aplicaron la

teoría de los cuidados de Swanson para respaldar la lactancia materna. Otros autores estudiaron las percepciones de los pacientes y las enfermeras sobre unos buenos cuidados de enfermería basándose en el trabajo de Swanson (Lee y Kim, 2020). Álvarez et al. (2020) estudiaron la relación entre la conducta de los cuidados y la presión arterial alta. Se están realizando estudios sobre los usos de la teoría de Swanson en los ámbitos de la enfermería y la gestión hospitalaria (Ray y Stargardt, 2020).

De forma colectiva, estos trabajos aportan evidencias sobre el uso de la teoría de los cuidados de Swanson en diversas investigaciones empíricas, además de para la formación y la práctica clínica.

EVOLUCIÓN

Swanson está interesada en desarrollos adicionales mediante la comprobación y aplicación de su teoría en la práctica clínica. Existe un gran potencial de desarrollo adicional a través de la contrastación de la teoría de los cuidados de Swanson en diversos contextos de salud y enfermedad. Además, sus procesos de cuidados sugieren que la teoría es aplicable en otras disciplinas de ayuda como la formación, el trabajo social y la medicina, así como en diferentes situaciones vitales para la enfermería.

CRÍTICA

Claridad

El concepto de cuidados y procesos de cuidados (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) que son fundamentales para la teoría están claramente definidos y dispuestos en una secuencia lógica que describe los procesos de prestación de cuidados. La teoría de Swanson ofrece definiciones y enlaces contextuales claros con los conceptos de la disciplina enfermera (persona, profesional de enfermería, entorno y salud) en interacciones enfermera-cliente, con lo que se explican adicionalmente las definiciones.

Sencillez

Una teoría sencilla tiene un número mínimo de conceptos. La teoría de los cuidados de Swanson es simple y, a la vez, elegante. Traslada la importancia de los cuidados al primer plano e ilustra los valores de la disciplina. El objetivo principal de la teoría es suministrar cuidados de enfermería centrados en las necesidades de las personas a la vez que se fomenta su dignidad, respeto y otorgamiento de poderes. La sencillez y el lenguaje consistente utilizado para definir los conceptos y los procesos permiten a los estudiantes y a los profesionales de enfermería comprender y aplicar la teoría de Swanson en la práctica.

Generalidad

La teoría de los cuidados de Swanson puede aplicarse en la investigación y el trabajo clínico con diversas poblaciones. Se han descrito claramente las condiciones esenciales para

ofrecer unos cuidados que promuevan la integridad de las personas a lo largo de su vida. Por tanto, la teoría es generalizable a cualquier relación enfermera-cliente en cualquier contexto clínico.

Accesibilidad

Los conceptos y supuestos de la teoría de los cuidados de Swanson se basan en la práctica clínica de la enfermería y en la investigación con un enfoque empírico. La naturaleza simple y completa de las definiciones operativas refuerza la precisión empírica de esta teoría. Swanson et al. han aplicado con éxito dicha teoría en numerosos estudios. Swanson y su equipo de investigación comprobaron la teoría de los cuidados en un ensayo clínico con mujeres y hombres que sufrieron los efectos de un aborto espontáneo, demostraron que la intervención de cuidados dio como resultado una mejora en el estado de ánimo depresivo y facilitaron una recuperación sana del duelo en los dos sexos. Swanson ha publicado, junto con sus colaboradores, directrices de investigación para evaluar el impacto de las relaciones de cuidados y la curación en la enfermería clínica (Quinn et al., 2003) y ha desarrollado instrumentos de autoinforme para medir los cuidados que proporcionan los profesionales sanitarios y por las parejas entre sí (Swanson, 2002). La plantilla para suministrar intervenciones basadas en los cuidados y los instrumentos apoyados en la investigación ofrecen nuevas posibilidades para su utilización y su comprobación adicional con otras poblaciones.

Importancia

La teoría de los cuidados de Swanson describe las relaciones enfermera-cliente que promueven la integridad y la curación. La teoría ofrece un marco de trabajo para impulsar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería contemporánea a la vez que lleva a la disciplina a sus valores tradicionales y a sus raíces de cuidados-curación. Esta teoría ha sido aplicada a relaciones de cuidados interdisciplinarios más allá de las interacciones enfermera-cliente. Las aplicaciones recientes en la práctica de enfermería clínica muestran resultados positivos tangibles. Por ejemplo, durante su estancia en la Escuela de Enfermería de la UNC en Chapel Hill como decana, Swanson se concentró en reforzar los vínculos entre la formación, la investigación y la práctica de la enfermería. En colaboración con la Dra. Mary Tonges, profesora clínica, directora de Enfermería y vicepresidenta de los Servicios de Atención al Paciente del UNC Hospital, Swanson ha trabajado en fortalecer la base académica que sustenta la práctica de la enfermería y promueve la importancia de la formación y la investigación en enfermería para la práctica clínica a través de proyectos de mejora de la calidad. Esta colaboración en investigación tuvo resultados positivos en cuanto a satisfacción en el lugar de trabajo de enfermería y seguridad de los pacientes. Análogamente, la teoría de los cuidados de Swanson ha sido aplicada en la práctica clínica y evaluada en variables seleccionadas en el Virginia Mason Medical Center en Seattle con resultados positivos para pacientes y profesionales de enfermería.

CASO CLÍNICO

1. El nacimiento de un hijo es una de las experiencias más memorables de la vida de una mujer. Usted es enfermera de la unidad de partos y en el cambio de turno le encargan el cuidado de una madre adolescente que ha llegado sola al hospital y que está en período activo de parto. Cuando llega a su habitación se da cuenta de que está llorosa y parece asustada.

Describa cómo aplicaría la teoría de Swanson para conectar emocionalmente y ofrecer cuidados en su práctica con esta joven madre.

2. Un hombre obeso de 56 años se presenta en consultas externas. Sufre polidipsia y poliuria desde hace 1 semana. También refiere una pérdida de peso de 5 kg en las últimas semanas. Ha retrasado su asistencia al médico durante el mayor tiempo posible, porque temía tener diabetes, como su padre, y le asustaba enfrentarse a esta realidad. Su nivel de azúcar arroja un valor de 430 mg/dl. El hombre rompe a llorar. Describa cómo aplicaría la teoría de Swanson para ayudar al cliente a enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad crónica, afrontar el proceso de la enfermedad y promover el bienestar.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Considere la teoría de los cuidados de Swanson como un marco para su propia práctica e investigación de enfermería en un área seleccionada. ¿Cómo se puede aplicar?
2. Piense en un momento en el que sintió que alguien se preocupaba por usted profundamente. Recuerde lo que sintió personalmente con esta experiencia. Reflexione y revise la experiencia en el contexto de los procesos de cuidados en la teoría de Swanson.
3. Piense en una interacción con la familia de un cliente en su práctica clínica que desearía poder cambiar o mejorar. Utilice los procesos de la teoría del cuidado para valorar de forma crítica sus acciones y plantéese cómo podría haber resultado más adecuada. ¿Qué cambiaría y por qué?

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Swanson, K. M. (1998). Caring made visible. *Creative Nursing*, 4(4), 8–11, 16.
- Swanson, K. M. (1999). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 339–345.
- Swanson, K. M. (1999a). The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research*, 48(6), 288–298.
- Swanson, K. M., & Wojnar, D. (2004). Optimal healing environments in nursing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), 43–48.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, J. P., Valderama, M. L., & Pena, A. P. (2020). Report of the experience of living with high blood pressure in light of the theory of caring. *Investigation of education Enfermería*, 38(2), e10.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. (2018). *Integrated knowledge development in nursing* (10th ed.): St Louis, MO: Mosby-Elsevier.
- Kavanaugh, K., Roscigno, C. I., Swanson, K. M., Savage, T. A., Kimura, R. E., & Kilpatrick, S. J. (2015). Perinatal palliative care: Parent perceptions of caring in interactions surrounding counseling for risk of delivering an extremely premature infant. *Palliative Support and Care*, 13(2), 145–155.
- Lee, K., & Kim, S. H. (2020). Patients and nurses perceptions of what constitutes good nursing care: An integrative review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(2), 144–169.
- Marks, T. (2020). *Creating restful environments: Applying evidence-based interventions to increase the patients' perceptions of room quietness at night* [Unpublished doctoral project]: West Chester University.
- McKelvey, M. M. (2018). Finding meaning through Kristen Swanson's caring behaviors: A cornerstone of healing for nursing education. *Creative Nursing*, 24(1), 6–11.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1981). *Profile of mood states: Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Quinn, J., Smith, M., Ritenbaugh, C., & Swanson, K. M. (2003). Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies*, 9(31), 69–79.
- Ray, J., & Stargardt, D. (2020). Linking hospital consumer assessment of healthcare providers and systems to Swanson's Caring Theory. *Journal of Nursing Administration*, 50(4), 216–224.
- Roscigno, C. I., Fleig, D. K., & Knafl, K. A. (2015). Parent perceptions of early prognostic encounters following children's moderate or severe traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 37, 523–533.
- Roscigno, C. I., & Swanson, K. M. (2011). Parent's experiences following children's moderate to severe traumatic brain injury: A clash of cultures. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1413–1426.
- Roscigno, C. I., Swanson, K. M., Solchany, J., & Vavilala, M. (2011). Children's longing for everydayness: Life following traumatic brain injury in the USA. *Brain Injury*, 25(9), 882–894.
- Swanson, K. M. (1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 60–73.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357.
- Swanson, K. M. (1999b). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 339–345.
- Swanson, K. M. (1999c). What's known about caring in nursing: A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, J. Shaver, & S. Feetham (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31–60). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Swanson, K. M. (2001). A program of research on caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 411–420): Philadelphia: F. A. Davis.
- Swanson, K. M. (2002). Caring Professional Scale. In J. Watson (Ed.), *Assessing and measuring caring in nursing and health science* (pp. 203–206). New York: Springer.
- Swanson, K. M. (2007). Enhancing nurses' capacity for compassionate caring. In M. Koloroutis, J. Felgen, C. Person, & S. Wessel (Eds.), *Relationship-based care field guide* (pp. 502–507): Minneapolis: Creative Help Care Management.
- Swanson, K. M., Chen, H. T., Graham, J. C., Wojnar, D. M., & Petras, A. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 18(8), 1245–1257.
- Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S., Pettinato, M., & Wang, T. J. (2007). Context and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health*, 30(1), 2–16.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1985). In , *Miscarriage: A new understanding of the mother's experience. Proceedings of the 50th Anniversary Celebration of the University of Pennsylvania School of Nursing*, 63–78.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 37–46.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1988a). The caring needs of women who miscarry. In M. M. Leininger (Ed.), *Care, discovery and uses in clinical and community nursing* (pp. 55–71). Detroit: Wayne State University Press.

- Swanson-Kauffman, K. M. (1988b). There should have been two: Nursing care of parents experiencing the perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2(2), 78–86.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.
- Watson, J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175–181.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Wei, H., Roscigno, C. I., Swanson, K. M., Black, B. P., Hudson-Barr, D., & Hanson, C. C. (2016). Parents' experiences of having a child undergoing congenital heart surgery: An emotional rollercoaster from shocking to blessing. *Heart & Lung*, 45(2), 154–160.
- Westmoreland, M. C., & Wojnar, D. M. (2019). Breastfeeding support guided by Swanson's theory of caring. *Maternal Child Nursing Journal*, 44(6), 351–356.
- Wojnar, D., & Swanson, K. M. (2006). Why shouldn't lesbian women who miscarry receive equal consideration? A viewpoint. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 1–12.
- Wojnar, D., Swanson, K. M., & Aldofsson, A. (2011). Confronting the inevitable: A conceptual model of miscarriage for use in clinical practice and research. *Death Studies*, 35(6), 536–558.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fuentes principales

Capítulos de libros

- Swanson, K. M. (1992). Foreword. In S. Wheeler, & M. Pike (Eds.), *Grief ltd. manual*. Covington, IN: Grief Limited.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1987). Overview of the balancing act: Having it all. In K. Swanson-Kauffman (Ed.), *Women's work, families and health*, 8 (pp. 101–108). New York: Hemisphere. (Reprint of Swanson-Kauffman, K.M. [1987]. Overview of the balancing act: Having it all. Health Care of Women International.
- Swanson-Kauffman, K. M., & Roberts, J. (1990). *Caring in parent and child nursing*. In *In Knowledge about care and caring: State of the art and future development*. Washington, DC: American Academy of Nursing.
- Swanson-Kauffman, K. M., & Schonwald, E. (1988). Phenomenology. In B. Sarter (Ed.), *Paths to knowledge:*

Innovative research methods for nursing (pp. 97–105). New York: National League for Nursing.

Artículos de revistas

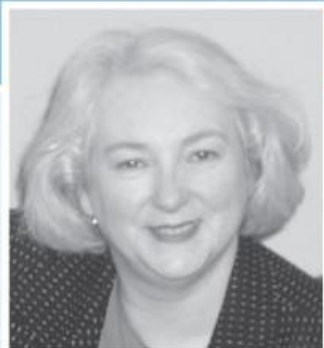
- Huffman, C. S., Schwartz, T. A., & Swanson, K. M. (2015). Couples and miscarriage: The influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage. *Women's Health Issues*, 25(5), 570–578.
- Swanson, K. M. (1993). Commentary: The phenomena of doing well in people with AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, 15(1), 56.
- Swanson, K. M. (1995). Commentary, the power of human caring: Early recognition of patient problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(4), 319–321.
- Swanson, K. M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on Lazarus' paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(2), 191–206.
- Swanson, K. M., Karmali, Z., Powell, S., & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 902–910.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1981). Echocardiography: An access route to the heart. *Critical Care Nurse*, 1(6), 20–26.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1986). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 37–46.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1986). A combined qualitative methodology for nursing research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 58–69.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1987). Overview of the balancing act: Having it all. *Health Care for Women International*, 8(2–3), 1–8.
- Swanson-Kauffman, K. M. (1988). There should have been two: Nursing care of parents experiencing the perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2(2), 78–86.
- Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: An exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 172–180. discussion 181–182, quiz 183–185.

Tesis doctorales

- Swanson-Kauffman, K. M. (1983). *The unborn one: A profile of the human experience of miscarriage* [Unpublished doctoral dissertation]. Denver, CO: University of Colorado, Denver.



Cornelia M. Ruland
(1954-actualidad)



Shirley M. Moore
(1948-actualidad)

Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore: teoría del final tranquilo de la vida

*Dana M. Hansen**

«Los estándares asistenciales ofrecen un abordaje prometedor para el desarrollo de teorías prescriptivas de nivel medio debido a su base empírica en la práctica clínica y su enfoque en los vínculos entre las intervenciones y los resultados.»

(Ruland y Moore, 1998, p. 169)

ACREDITACIONES Y ANTECEDENTES

Cornelia M. Ruland

Cornelia M. Ruland se doctoró en enfermería en 1998 en la Case Western Reserve University de Cleveland, Ohio. Se ha jubilado hace poco. Anteriormente fue directora del Center for Shared Decision Making and Nursing Research en el Rikshospitalet, el hospital universitario de Oslo, Noruega, y profesora adjunta en el Departamento de Informática Biomédica en la Columbia University de Nueva York. La investigación de Ruland se centra en mejorar la toma de decisiones compartidas y las asociaciones paciente-proveedor en el cuidado de la salud, y para el desarrollo, puesta en marcha y evaluación de los sistemas de información para apoyarla. Su trabajo aborda los aspectos de la toma de decisiones

compartidas, en situaciones clínicamente comprometidas, y en los instrumentos que utiliza: 1) cuando los pacientes se enfrentan a decisiones de tratamiento o de elecciones difíciles para las que necesitan ayuda con el fin de comprender los posibles daños y beneficios de las diferentes opciones, y obtener sus valores y preferencias, y 2) el tratamiento de enfermedades crónicas o graves a largo plazo en el tiempo ajustado a las preferencias. Como investigadora principal en numerosos proyectos de investigación, ha recibido varias distinciones por su trabajo.

Shirley M. Moore

Shirley M. Moore ocupa la cátedra emérita Edward J. y Louise Mellen de la escuela de Enfermería Frances Payne de la Case Western Reserve University. Obtuvo su diploma de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Youngstown Hospital Association (1969) y su licenciatura de Enfermería en la Kent State University (1974). En la Case Western Reserve University obtuvo un máster en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (1990), así como un doctorado en Ciencias de la Enfermería

*Autoras anteriores: la autora desea agradecer a la Dra. Patricia Higgins sus importantes aportaciones como anterior coautora de este capítulo.

(1993). Ha enseñado Teoría y Ciencia de la Enfermería a estudiantes de Enfermería de todos los niveles, y dirige un programa de investigación para el desarrollo de teorías sobre la recuperación tras episodios cardíacos y reducción de factores de riesgo cardiovascular. Al principio de su doctorado, Moore fue alentada no solo a usar la teoría, sino también a desarrollarla. La Rosemary Ellis Theory Conference, celebrada anualmente durante varios años en la Case Western Reserve University, ofreció a Moore otra oportunidad para explorar la teoría como un instrumento práctico para profesionales, investigadores y docentes. Influida por estas experiencias, Moore colaboró en el desarrollo y la publicación de teorías como la presentada en este capítulo por [Ruland y Moore, \(1998\)](#). Moore reconoció la elaboración de teorías como un conocimiento esencial en los alumnos de doctorado.

FUENTES TEÓRICAS

La teoría del final tranquilo de la vida se basó en una serie de conceptualizaciones teóricas ([Ruland y Moore, 1998](#)). Se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría de enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías de nivel medio o de micro-rango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de la asistencia sanitaria. En la teoría del final tranquilo de la vida, la estructura-contexto es el sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria de agudos, y el proceso se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes desenlaces positivos: 1) ausencia de dolor; 2) experiencia de bienestar; 3) experiencia de dignidad y respeto; 4) estar en paz; y 5) sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores.

Una segunda base conceptual es la teoría de la preferencia ([Brandt, 1979](#)), que ha sido utilizada por los filósofos para explicar y definir la calidad de vida ([Sandoe, 1999](#)), un concepto importante en la investigación y la práctica del final de la vida. En la teoría de la preferencia, se define la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del final de la vida. Puede aplicarse tanto a personas sensibles como a personas incapacitadas que aportaron previamente documentación relacionada con la toma de decisiones para el final de la vida. Por tanto, la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales. La incorporación de las preferencias del paciente en las decisiones relativas a la atención sanitaria se considera adecuada ([Baughman et al., 2014](#); [Ruland y Bakken, 2001](#); [Ruland et al., 1997](#)) y necesaria para

el éxito de los procesos y los resultados ([Ruland y Moore, 2001](#)). El desarrollo continuo de las relaciones familiares al final de la vida es importante para lograr calidad de vida. Cuando un ser querido está gravemente enfermo y hay incertidumbre sobre el desenlace de la enfermedad, las relaciones familiares, reforzadas por las conversaciones finales, se vuelven importantes para obtener calidad de vida tanto para el paciente como para la familia y para lograr que el paciente tenga una muerte tranquila ([Hansen et al., 2015](#); [Keeley, 2017](#)).

Esta teoría del final tranquilo de la vida comenzó a desarrollarse en un curso de doctorado sobre teorías cuando Ruland era estudiante y Moore era profesora. Las teorías de nivel medio acababan de aparecer y había pocas definiciones o ejemplos adecuados. Se planteó a los alumnos que pensaran sobre el uso y desarrollo futuros de la teoría de nivel medio para la ciencia y la práctica de la enfermería. Los estudiantes trataron sobre las fuentes de conocimiento de las que podían derivar la teoría de nivel medio, como el conocimiento empírico, el conocimiento de la práctica clínica y el conocimiento sintetizado. Se pidió a cada estudiante que obtuviera una teoría de nivel medio de una fuente de conocimiento de elección. Ruland acababa de completar un proyecto muy importante para desarrollar una norma asistencial para el final tranquilo de la vida con un grupo de enfermeras oncológicas en Noruega. Ruland sintetizó los estándares en la teoría del final tranquilo de la vida y más tarde fueron perfeccionados con la ayuda de Moore. Este es uno de los primeros ejemplos de teoría de nivel medio desarrollada por estudiantes de doctorado de enfermería al estudiar métodos para desarrollar conocimientos. Esta teoría también es un ejemplo de desarrollo de una teoría de nivel medio utilizando un estándar de la práctica como fuente.

USO DE DATOS EMPÍRICOS

La teoría del final tranquilo de la vida se basa en la evidencia empírica de la experiencia directa de enfermeras expertas y en la revisión de la literatura que aborda los componentes de la teoría. El grupo de profesionales expertos que elaboró la norma asistencial del final tranquilo de la vida tenía al menos 5 años de experiencia clínica en el cuidado de pacientes terminales. El estándar asistencial consistía en las mejores prácticas basadas en la evidencia derivadas de la investigación en las áreas de control del dolor, bienestar, nutrición y relajación. Esta teoría prescriptiva propone afirmaciones relacionales para su futura comprobación empírica. A partir de estos enunciados relacionales se pueden derivar hipótesis explícitas para comprobar su utilidad. Los autores del estándar asistencial y de la teoría incorporaron conceptos y relaciones claramente descritos y observables que expresaban la noción de los cuidados.



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Ausencia de dolor

La **ausencia de dolor** se definió como «no tener la experiencia del dolor» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Estar libre del sufrimiento o la angustia de los síntomas es la parte central de la experiencia de muchos pacientes al final de la vida. El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable que se puede asociar con una lesión tisular potencial o real.

Experiencia de bienestar

El **bienestar** se define de forma inclusiva, utilizando el trabajo de Kolcaba y Kolcaba (1991), como «el alivio de la incomodidad, el estado tranquilo de relajación y satisfacción, y todo lo que hace que la vida sea fácil o placentera» (Ruland y Moore, 1998, p. 172).

Experiencia de dignidad y respeto

Cada paciente terminal es «respetado y valorado como ser humano» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Este concepto

incorpora la idea del valor personal, expresada por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección (EE. UU., 1978).

Estar en paz

La **paz** es un «sentimiento de calma, armonía y satisfacción, [libre de] ansiedad, inquietud, preocupaciones y miedo» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Un estado de paz incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.

Proximidad de los allegados

La **proximidad** es «el sentimiento de conexión con otros seres humanos que se preocupan» (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Implica una cercanía física o emocional que se expresa a través de relaciones afectuosas e íntimas.

PRINCIPALES PREMISAS

Enfermería, persona, salud y entorno

Al igual que en otras teorías de nivel medio, el interés de la teoría del final tranquilo de la vida no aborda cada concepto del metaparadigma. La teoría se derivó de los estándares asistenciales redactados por un equipo de enfermeras expertas que se enfrentaban a un problema de la práctica, por lo que los conceptos del metaparadigma abordados explícitamente fueron **enfermería** y **persona**. La teoría contempla los fenómenos de enfermería de cuidados complejos y holísticos para apoyar un final tranquilo de la vida de las personas.

Se identifican dos premisas en la teoría de Ruland y Moore, (1998):

1. Los acontecimientos y los sentimientos de la experiencia del final de la vida son personales e individualizados.
2. Los cuidados de enfermería son cruciales para crear una experiencia de final tranquilo de la vida. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del final de la vida de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

Hay otras dos premisas implícitas:

1. La familia, término que incluye a todos los allegados, es una parte importante de los cuidados del final de la vida.
2. El objetivo de los cuidados al final de la vida no es optimizar la atención, en el sentido de que debe ser el mejor tratamiento y más avanzado tecnológicamente, un tipo de atención que suele dar lugar a un tratamiento excesivo. El objetivo de los cuidados al final de la vida es maximizar el tratamiento, es decir, proporcionar los mejores cuidados

posibles mediante el uso juicioso de la tecnología y las medidas de bienestar para mejorar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Se identificaron seis postulados relacionales explícitos (Ruland y Moore, 1998) como fundamentos teóricos de la teoría:

1. El control del dolor, la administración de analgésicos y la aplicación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuyen a que el paciente no sienta dolor.
2. La prevención, el control y el alivio de las molestias físicas, la facilitación del descanso, la relajación y la satisfacción y la prevención de las complicaciones contribuyen a la experiencia de bienestar del paciente.
3. Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresadas por el paciente contribuyen a que este experimente dignidad y respeto.
4. Proporcionar apoyo emocional, supervisar y satisfacer las necesidades expresadas por el paciente en cuanto a los ansiolíticos, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona cuidadora si se desea, contribuye a que el paciente experimente tranquilidad.
5. Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, prestar atención al dolor, las preocupaciones y las preguntas de los allegados y facilitar las oportunidades de acercamiento de la familia contribuyen a que el paciente experimente la cercanía a sus allegados o cuidadores.

6. Las experiencias del paciente de no sentir dolor, bienestar, dignidad, respeto, estar en paz y cercanía a sus allegados o cuidadores contribuyen a un final tranquilo de la vida.

PLANTEAMIENTO LÓGICO

La teoría del final tranquilo de la vida se desarrolló utilizando la lógica inductiva y deductiva. Una característica única de la teoría es su desarrollo a partir de un estándar de cuidados. El estándar del final tranquilo de la vida lo crearon enfermeras expertas como respuesta a una falta de dirección para tratar el complejo cuidado de los pacientes terminales. La directriz fue desarrollada para la unidad de cuidado quirúrgico gastroenterológico de un hospital universitario noruego. Así, la directriz sirvió como un lógico paso intermedio para unir la práctica y la teoría. Las directrices sirven como instrucciones creíbles y autorizadas que describen los papeles y responsabilidades de un profesional, y el nivel de actuación de cuidado de enfermería deseado con el que se pueda evaluar la calidad de la práctica (*American Association of Critical Care Nurses*, 2019). En este caso de desarrollo del conocimiento, el estándar de cuidado es un paso provisional que enlaza eficazmente la práctica clínica y la teoría.

Ruland y Moore (2001) detallaron los pasos que siguieron en el desarrollo del estándar para el final tranquilo de la vida, que incluyó la revisión de la literatura pertinente, la aclaración de conceptos importantes y la incorporación de conocimientos de la práctica clínica. Cada uno de estos pasos es análogo a los utilizados en el desarrollo de la teoría. Por lo tanto, la lógica utilizada en el desarrollo de esta teoría es directa, y el proceso utilizado está claramente establecido.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Práctica profesional

Cada vez son más los artículos que citan la teoría del final tranquilo de la vida. Además, el desarrollo innovador de esta teoría por Ruland y Moore ha sido citado en la literatura sobre construcción de teorías como una ilustración importante de la síntesis de afirmaciones que se produce antes de la síntesis de la teoría (Walker y Avant, 2011). Veillette et al. (2010) incorporaron la teoría a su práctica en la zona rural de Quebec. Kirchhoff (2002) continuó el debate sobre la creación de un entorno de cuidados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) que promueva una muerte tranquila, sintetizando información de tres fuentes:

1. La teoría del final tranquilo de la vida (Ruland y Moore, 1998).
2. La definición de Field y Cassell de muerte tranquila (1997).
3. CARES: nuevas competencias y recomendaciones de la AACN para enseñar a los estudiantes de grado de enfermería a mejorar los cuidados paliativos (Ferrell et al., 2016).

La teoría del final tranquilo de la vida se utilizó para desarrollar un modelo de cuidados paliativos holísticos para pacientes con anemia falciforme (Wilkie et al., 2010). En Taiwán, Lee et al. (2009) citan la teoría del final tranquilo de la vida como útil para

desarrollar un marco que permita identificar las principales barreras de una buena atención al final de la vida en una UCI. Lee et al. (2014) comprobaron la validez y la fiabilidad del National Survey of Critical-Care Nurses Regarding End-of-Life Care Questionnaire en relación con los cuidados al final de la vida, que se desarrolló a partir de la teoría del final tranquilo de la vida. Este cuestionario incorpora cinco conceptos: 1) control del dolor; 2) búsqueda de la comodidad; 3) respeto al paciente; 4) entorno tranquilo, y 5) cercanía con las personas significativas.

La teoría del final tranquilo de la vida parece oportuna a la luz de la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) de 2020. La preocupación por el entorno en el que mueren las personas y la provisión de un final tranquilo de la vida se complica por la incertidumbre y el aislamiento respecto a la familia. Los conceptos de la teoría (ausencia de dolor, experiencia de bienestar, dignidad y respeto, estar en paz y estar conectado con los demás) son los principios rectores en estos tiempos difíciles y sin precedentes.

Formación

La teoría del final tranquilo de la vida se ha integrado en los cursos de enfermería durante generaciones, centrándose en el cuidado del paciente y la familia. Ruland y Moore (1998) proporcionan un ejemplo de una teoría inicial sobre el final de la vida a medida que se ha ido desarrollando la atención en cuidados paliativos. Ruland y Moore (1998) fueron citadas por Kirchhoff et al. (2000) cuando el final de la vida era un tema destacado de la oferta de formación continuada dirigido a las enfermeras de cuidados críticos en su revista *online*. Las autoras de la teoría reciben numerosas peticiones de estudiantes que toman clases sobre teoría y que desean utilizarla para trabajos y presentaciones. Algunos autores suecos (Buskas y Hjalmarsson, 2013) utilizaron la teoría para describir las experiencias de apoyo de los familiares en el ámbito de los cuidados paliativos y determinaron que la comunicación era imprescindible para la toma de decisiones y el apoyo emocional de los familiares. Otras tesis ampliaron el desarrollo sobre las etapas finales de la vida de la teoría del final de la vida (Kohoutova, 2018; Liang y Hu, 2018). Para una tesis de máster, Murrish (2010) utilizó la teoría del final tranquilo de la vida como marco para desarrollar un folleto sobre la atención/toma de decisiones al final de la vida en la UCI.

El contenido de la formación sobre el final de la vida se ha estandarizado más en forma de teoría, competencias y pautas de los programas de estudio.

Investigación

La teoría del final tranquilo de la vida ha obtenido reconocimiento internacional por contener los componentes clave para una muerte tranquila. Kongsuwan et al. crearon un modelo conceptual (Kongsuwan y Touhy, 2009) y realizaron una investigación cualitativa (Kongsuwan y Locsin, 2009) y cuantitativa (Kongsuwan et al., 2010) sobre la muerte tranquila en pacientes adultos en Tailandia. La teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore (1998) sirvió como modelo de comparación para el trabajo de Kongsuwan et al. y se citó como

poseedora de cualidades esenciales para una muerte tranquila que han sido identificadas en muchas culturas. Para continuar su trabajo, [Kongsuwan et al. \(2012\)](#) compararon sus hallazgos con los conceptos identificados en la teoría del final tranquilo de la vida y encontraron apoyo para la teoría, lo que indica que una muerte tranquila tiene importancia y similitudes en las distintas culturas.

En Quebec, se llevó a cabo un estudio etnográfico para identificar los componentes clave de una buena muerte entre los residentes de áreas rurales, y los autores determinaron que la teoría del final tranquilo de vida era importante para comprender el concepto de una buena muerte ([Veillette et al., 2010](#)). [Wilkie et al. \(2010\)](#) estudiaron el uso de la teoría en pacientes con drepanocitosis. Un estudio etnográfico de pacientes en cuidados paliativos realizado en Ottawa utilizó la teoría del final tranquilo de la vida para identificar atributos específicos del final de la vida, como la conciencia mental, la comodidad, el logro de un sentido de cierre y la optimización de las relaciones al enfrentarse al final de la vida ([Wright et al., 2015](#)).

La teoría del final tranquilo de la vida se utilizó como marco para la investigación relativa al desarrollo de formularios de órdenes de tratamiento de soporte vital (TSV) ([Darrall, 2020](#); [Secrist, 2018](#)). Los estudiantes han utilizado esta teoría para proporcionar una atención trascendente en sus trabajos de fin de grado ([Rizk, 2018](#)), y los proyectos de los estudiantes de doctorado en enfermería la han usado para ayudar a los pacientes de cuidados intensivos a hacer la transición de forma digna ([Ashley, 2018](#)). [Mullen et al. \(2020\)](#) utilizaron la teoría para desarrollar una intervención educativa para los cuidados de larga duración a partir de un estudio de las actitudes de las personas que reciben este tipo de cuidados.

EVOLUCIÓN

Ruland y Moore reconocieron la necesidad de seguir perfeccionando y desarrollando la teoría, que sigue siendo útil en la práctica y en la investigación en diversos ámbitos asistenciales y culturas. Las intervenciones no farmacológicas o las intervenciones de enfermería, como la música, el humor o la relajación, pueden distraer a un moribundo para aliviar el dolor, la ansiedad y el malestar físico en general. La bibliografía ya citada pone de manifiesto la existencia de muchos estudios actuales y el interés por explorar las futuras aplicaciones de la teoría del final tranquilo de la vida.

CRÍTICA

Claridad

Todos los elementos de la teoría se exponen con claridad, incluidos el contexto, los supuestos, los conceptos y los enunciados relacionales. Estos conceptos varían de manera considerable en su nivel de abstracción, de más concretos (dolor y bienestar) a más abstractos (dignidad). Los conceptos son fácilmente comprensibles para las enfermeras.

Sencillez

A pesar de la sencillez de los términos y la claridad en la expresión de las ideas, la teoría ha sido descrita como una de las teorías de nivel medio de mayor nivel ([Higgins y Moore, 2000](#)), principalmente por el grado de abstracción. Este grado de abstracción favorece el desarrollo de aplicaciones teóricas más específicas de nivel medio.

Generalidad

La teoría del final tranquilo de la vida tiene unos límites específicos relacionados con el tiempo, el entorno y la población de pacientes. Fue desarrollada para su uso con adultos terminales y con sus familias que están siendo atendidos en un contexto de pacientes agudos. El concepto de final tranquilo de la vida procede de un contexto noruego y puede no ser adecuado para todas las culturas; sin embargo, se ha usado para la práctica y la investigación de los profesionales de enfermería en otras culturas. Sus conceptos y relaciones encuentran eco en numerosas enfermeras y tratan exhaustivamente los aspectos multidimensionales del cuidado del final de la vida. Por ejemplo, los criterios de valoración asociados con los cinco conceptos tratan el aspecto técnico de los cuidados:

1. Proporcionar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio de los síntomas.
2. Comunicación para la toma de decisiones.
3. El aspecto psicológico para el apoyo emocional.
4. La dignidad.
5. Respetar al paciente tratándolo con dignidad, empatía y respeto ([fig. 36.1](#)).

Accesibilidad

La lógica deductiva e inductiva utilizada para desarrollar esta teoría proporciona una base sólida para desarrollar hipótesis comprobables entre los cinco conceptos de la teoría. Se demuestra la congruencia teórica mediante los criterios de valoración, todos ellos contextualizados desde la perspectiva de los pacientes y de sus familias.

Importancia

Como síntesis satisfactoria de la práctica clínica y del desarrollo académico de la teoría, la teoría del final tranquilo de la vida tiende un puente sobre el continuo teoría-práctica-investigación.

Además de abordar la necesidad identificada de una teoría de nivel medio exhaustiva para guiar el cuidado de los pacientes en la experiencia del final de la vida, el trabajo de [Ruland y Moore \(2001\)](#) ilustra claramente la riqueza de la práctica y los estándares de la práctica como fuente para el desarrollo de la teoría. Los indicadores de resultados son medibles, utilizando metodologías cualitativas, cuantitativas o ambas (v. [fig. 36.1](#)). Podrían utilizarse determinaciones cuantitativas, como la percepción de los síntomas con la Memorial Symptom Assessment Scale ([Portenoy et al., 1994](#)) o el General Comfort Questionnaire de [Kolcaba \(2003\)](#).

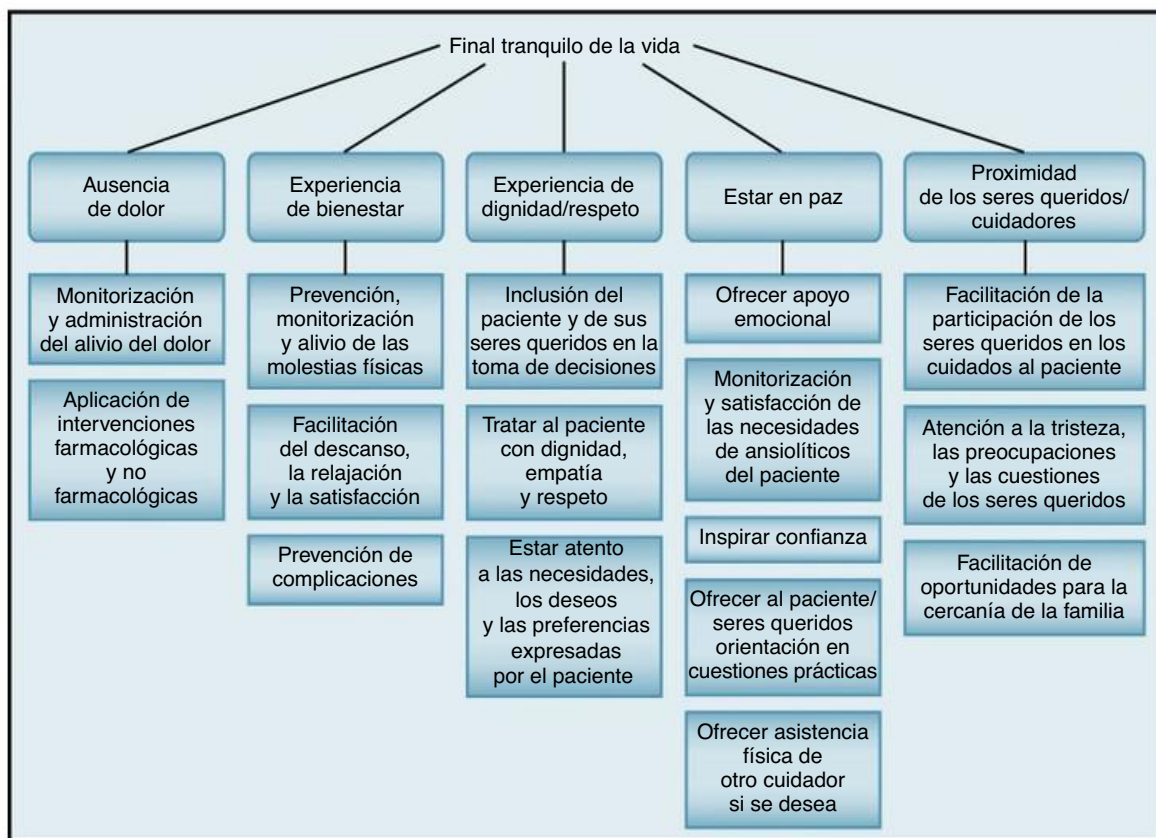


Fig. 36.1 Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (Tomado de Ruland, C. M., & Moore, S. M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46[4], 174.)

RESUMEN

En este capítulo se ha presentado el desarrollo de la teoría del final de la vida desde el inicio en el aula, basándose en la política de la práctica, hasta un marco que puedan utilizar

enfermeras y estudiantes de todo el mundo. Tiene una base sólida y su utilidad continua está demostrada en la práctica y en la investigación.

CASO CLÍNICO

Becky es una mujer de 66 años a la que se le ha diagnosticado insuficiencia cardiaca congestiva en fase 4. Ha enviado recientemente (hace aproximadamente 6 meses) y es madre de cuatro devotos hijos, todos ellos adultos jóvenes, y tiene dos nietos. Su hija menor (Sue) vive con ella y estudia en una universidad local. Sue se ha tomado un descanso en sus estudios para cuidar de su madre. Becky ha cumplimentado su testamento vital, y está decidida a no recibir medidas extraordinarias para prolongar artificialmente su vida. Esta decisión ha sido problemática para sus hijos, a los que les

resulta difícil afrontar la pérdida de su otro progenitor. Sue tiene un poder notarial permanente para los asuntos médicos de su madre y dice que llamaría a emergencias si esta dejara de respirar, aun cuando haya firmado una orden de no reanimar.

El médico ha prescrito cuidados paliativos domiciliarios. La hija recibe a la trabajadora social y a la enfermera en la puerta e insiste en que no se mencione la palabra *cuidados paliativos* delante de su madre, porque eso la «mataría». Durante su ingreso en el centro de cuidados paliativos, quedó

CASO CLÍNICO (cont.)

claro que Becky entiende que se está muriendo y que es consciente de lo que sufren sus hijos ante la perspectiva de perder a su madre. Al cabo de unas semanas en el programa del centro de cuidados paliativos, Becky indica que padece malestar, dificultad para respirar y dificultad para comunicarse con sus hijos para transmitirles sus deseos. No está preparada para despedirse de ellos y de sus nietos y tiene miedo a morir.

A pesar de la medicación prescrita y de los cuidados centrados en el equipo (trabajador social, enfermera, auxiliar de

enfermería y sacerdote), Becky sigue calificando su nivel de dolor como intenso (8-10) y habla de su sufrimiento, del miedo a la muerte y de la preocupación por lo que le ocurrirá a su familia cuando ella no esté. Durante una reunión del equipo, se decidió pedirle a Becky que describiera tres clases diferentes de dolor (físico, emocional y espiritual). La valoración que ella dio fue de 3 a 4 en dolor físico, mientras que calificó sus dolores emocional y espiritual con un índice elevado (8-10). Los hijos siguen pidiendo tratamientos más intensivos; sin embargo, también dicen que no quieren verla sufrir.

ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Utilice la teoría del final tranquilo de la vida para planificar los cuidados de Becky en el caso anterior.
2. Utilice los conceptos de «cercanía a los allegados» y «experiencia de dignidad y respeto» de la teoría del final tranquilo de la vida y describa una estrategia de práctica enfermera para abordar los problemas de relación de Becky y su familia.
3. Identifique los signos de duelo anticipado y describa la aplicación de la teoría del final tranquilo de la vida para Becky y para su familia.
4. Considere sus propios sentimientos relacionados con el sufrimiento del paciente (p. ej., emocionales, espirituales y psicológicos). ¿Ha influido el estudio de esta teoría en esos sentimientos?
5. Explore el uso de la teoría del final tranquilo de la vida en su propia práctica enfermera.

REFERENCIAS PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS

- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.

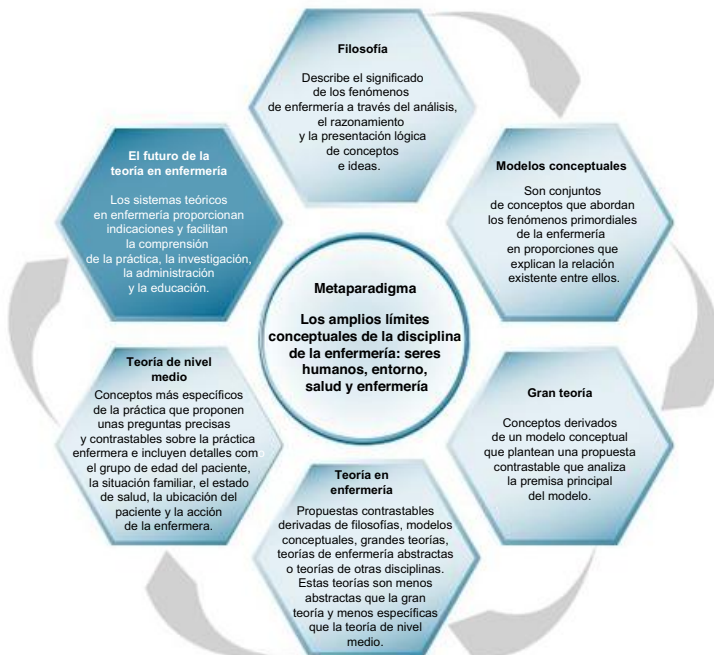
BIBLIOGRAFÍA

- American Association of Critical Care Nurses. (2019). *Standards for progressive and critical care nursing practice*. Viejo, CA: AACN Critical Care Publication.
- Ashley, M. (2018). *Transitioning with grace: Improving quality of life for comfort care patient in the intensive care unit*. Doctor of Nursing Practice Project: University of Southern Illinois.
- Baughman, K. R., Aultman, J. M., Lucwick, R., & O'Neill, A. (2014). Narrative analysis of the ethics in providing advance care planning. *Nursing Ethics*, 21(1), 53-63.
- Brandt, R. B. (1979). *A theory of the good and the right*. Oxford: Clarendon Press.
- Buskas, F., & Hjalmarsson, A. (2013). *The experience of support in end of life -next of kins' perspective. A literature study* [Independent thesis basic level]. Ersta Sköndal University College, Department of Health Care Sciences.
- Darrall, A. (2020). *Perceived barriers to MOLST form completion among acute and critical care oncology registered nurses and nurse practitioners working in comprehensive cancer centers across the nation* [Doctor of Nursing Practice Project, University at Buffalo, School of Nursing].
- Ferrell, B., Malloy, P., Mazanec, P., & Virani, R. (2016). CARES: AACN's new competencies and recommendations for educating undergraduate nursing students to improve palliative care. *Journal of Professional Nursing*, 32(5), 327-333.
- Field, M. J., & Cassell, C. K. (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life (IOM report)*. Washington, DC: National Academy Press.
- Hansen, D. M., Higgins, P. A., Warner, C. B., & Mayo, M. M. (2015). Exploring family relationships through associations of comfort, relatedness states, and life closure in hospice patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), 305-311.
- Higgins, P. A., & Moore, S. M. (2000). Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook*, 48(4), 179-183.
- Keeley, M. P. (2017). Family communication at the end of life. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 7(3), 45.

- Kirchhoff, K. T. (2002). Promoting a peaceful death in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14(2), 201–206.
- Kirchhoff, K. T., Spuhler, V., Walker, L., Hutton, A., Cole, B., & Clemmer, T. (2000). End-of-life care: Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 9(1), 36–42.
- Kohoutova, A. (2018). *Conceptual models focused on the final stage of life* [Č. Budějovice, Bachelor's thesis]. University of South Bohemia in České Budějovice. Jana Manhalova, Ph.D., Faculty of Health and Social Studies.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–1310.
- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchin, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care*, 17(3), 151–159.
- Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy, T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: An empirical study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 241–247.
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56, 116–122.
- Kongsuwan, W., & Touhy, T. (2009). Promoting peaceful death for Thai Buddhists; implications for a holistic end of life care. *Holistic Nursing Practice*, 23(5), 289–296.
- Lee, J. H., Choi, M., Kim, S., & Beckstrand, R. (2014). Factor structure investigation of perceived facilitators and barriers in end-of-life care among Korean nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 11, 135–143.
- Lee, S. Y., Hung, C. L., Lee, J. H., Shih, S.-C., Weng, Y.-L., Chang, W.-H., et al. (2009). Attaining good end of life care in intensive care units in Taiwan—The dilemma and the strategy. *International Journal of Gerontology*, 3(1), 26–30.
- Liang, L., & Hu, L. (2018). *Nurses' experience of taking care of dying patients in hospice care. A descriptive literature review*. Sweden: University of Gävle.
- Mullen, N., Guise, J., Phillippi, D., & Dahlgren, L. (2020). *Attitudes towards end-of-life care: An educational intervention in long-term care* [DNP Project No. Belmont University].
- Murrish, J. (2010). *Development of an end-of-life care/decision pamphlet in the ICU*. Chico: California State University.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30A(9), 1326–1336.
- Rizk, S. H. (2018). *Toward a nursing theory for providing transcendent end-of-life care to patients and their families* [Unpublished thesis]. Toledo, OH: University of Toledo.
- Ruland, C. M., & Bakken, S. (2001). Representing patient preference-related concepts for inclusion in electronic health records. *Journal of Biomedical Informatics*, 34(6), 415–422.
- Ruland, C. M., Kresevic, D., & Lorensen, M. (1997). Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 6(6), 495–504.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (2001). Eliciting exercise preferences in cardiac rehabilitation: Initial evaluation of a new strategy. *Patient Education and Counseling*, 44(3), 283–291.
- Sandoe, P. (1999). Quality of life—Three competing views. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2(1), 11–23.
- Secrist, M. (2018). *Support for a standard operating procedure for the use of medical orders for life sustaining treatment (MOLST) forms in a comprehensive cancer institute*. [DPN Project, Buffalo: University at Buffalo, School of Nursing].
- United States, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Bethesda, MD: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- Veillette, A. M., Fillion, L., Wilson, D. M., Thomas, R., & Dumont, S. (2010). La Belle mort en milieu rural: A report of an ethnographic study of the good death for Quebec rural francophones. *Journal of Palliative Care*, 26(3), 159–166.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Wilkie, D. J., Johnson, B., Mack, A. K., Labotka, R., & Molokie, R. E. (2010). Sickle cell disease: An opportunity for palliative care across the life span. *Nursing Clinics of North America*, 45(3), 375–397.
- Wright, D. K., Brajtman, S., Cragg, B., & Macdonald, M. E. (2015). Delirium as letting go: An ethnographic analysis of hospice care and family moral experience. *Palliative Medicine*, 29(10), 959–966.

El futuro de las teorías en enfermería

- Los sistemas teóricos de enfermería orientan y permiten comprender la práctica, la investigación, la administración y la formación.
- Los trabajos teóricos de una disciplina abordan las preguntas pertinentes, proporcionan marcos para responder a esas preguntas y desarrollan y ponen a prueba los conocimientos para la práctica basada en la evidencia.
- Los modelos y las teorías de enfermería muestran la ciencia normal en el seno de las comunidades docentes globales, cuya investigación y práctica contribuyen a los logros científicos y a una práctica de calidad.
- La expansión de la filosofía de la ciencia de la enfermería, los enfoques cualitativos y los métodos cuantitativos han aumentado en gran medida el desarrollo y el uso de las teorías de nivel medio en la investigación y la práctica enfermera.
- La globalización de la enfermería y el uso de los trabajos teóricos sobre enfermería por parte de los docentes de todo el mundo están creciendo a un ritmo apasionante.



Estado del arte y la ciencia de la teoría en enfermería

Martha Raile Alligood

«El conocimiento teórico en enfermería ha realizado potentes contribuciones a la formación, la investigación, la gestión y la práctica profesional para guiar el pensamiento y la acción de la enfermería. Este conocimiento ha determinado que el foco principal de los profesionales de enfermería se desplace desde las funciones de su actividad hasta la persona. Las perspectivas teóricas de la persona plantean nuevas dudas, generan nuevos abordajes e instrumentos para la investigación en enfermería y amplían la disciplina docente en todo el mundo.»

(Alligood, 2011, p. 304)

El interés mundial por las teorías en enfermería y el uso de las obras teóricas de enfermería han experimentado un crecimiento impresionante, hecho que queda patente en este texto. Las actualizaciones reflejan los nuevos conocimientos adquiridos a través de la investigación para la formación, la gestión y la práctica. Un comentario sorprendente de los estudiantes es que les gusta aprender la historia de las teóricas. «Este libro de texto es importante porque proporciona a los estudiantes de enfermería una referencia precisa y erudita para identificar filosofías, modelos y teorías significativas que son pertinentes para su propia práctica enfermera» (Smith, 2012, p. 201). Asimismo, el texto «describe con sencillez y elegancia los grandes avances que ha logrado la enfermería como disciplina y como profesión, guiada por la visión de las principales teóricas de la enfermería. El alcance y la profundidad [...] abordan las preocupaciones y las críticas de quienes argumentan que la teoría en enfermería está desfasada o es irrelevante para la práctica y la investigación actuales» (Dickson y Wright, 2012, p. 204). Los capítulos de esta décima edición se han actualizado, manteniendo la claridad e integridad de cada trabajo, al tiempo que conserva un texto de tamaño manejable. En la unidad I se presentan los antecedentes de las teorías de la enfermería y la filosofía, y en el capítulo 5 se presenta al lector la estructura de los conocimientos, el esquema del contenido de los capítulos y los criterios de análisis del texto de los capítulos 6 a 36, correspondientes a las unidades II a V.

La literatura de enfermería sobre filosofías, modelos de enfermería, grandes teorías, teorías y las teorías de nivel medio refleja una filosofía de la ciencia de la enfermería en expansión que abarca las preocupaciones de la enfermería (Fitzpatrick et al., 2019). La predicción realizada por Im y Chang (2012) de que «la [teoría] de nivel medio desempeñará un papel esencial

en la investigación enfermera» (p. 162) está muy presente; es un hecho global.

Esta décima edición aclara la importancia de los trabajos teóricos en enfermería, facilita su reconocimiento como demostraciones sistemáticas de la sustancia de la enfermería, e inspira su uso como marcos para la doctrina de la enfermería en la práctica, la investigación, la formación y la gestión. Las autoras que contribuyen a los capítulos son enfermeras eruditas que utilizan los trabajos teóricos en su práctica profesional e investigación. En pocas palabras, el encuadre teórico del cuidado del paciente guía el pensamiento y la acción de la enfermería para una práctica de calidad (Alligood y Fawcett, 2019; Butts y Rich, 2017; Fawcett, 2016; Fitzpatrick y Whall, 2016; Meleis, 2018; Smith, 2020).

En este capítulo se considera el futuro de las teorías de enfermería desde tres perspectivas relacionadas: 1) la evolución de la filosofía de la ciencia; 2) el desarrollo de la teoría y el uso de las teorías de nivel medio en la práctica, y 3) el explosivo reconocimiento y aplicación de las teorías de enfermería a nivel mundial. La filosofía de la ciencia abre nuevas vías para desarrollar y utilizar los trabajos teóricos en enfermería (Butts y Rich, 2017; Carper, 1978; Chinn y Kramer, 2018; Fitzpatrick et al., 2019; Roy, 2018; Wood, 2014) en la ciencia normal de la disciplina (Kuhn, 1962, 1970). La teoría de nivel medio de orientación práctica sugiere una comprensión y expansión global en todas las áreas de la enfermería (Butts y Rich, 2015; Fitzpatrick y Whall, 2016; Pickler, 2018; Roy, 2014, 2018, Smith, 2020). Y en tercer lugar, la increíble expansión del uso de obras teóricas de enfermería por parte de los estudiosos de la enfermería a nivel mundial pone de manifiesto la creciente conciencia sobre la naturaleza vital de la teoría para la profesión, la disciplina y la ciencia (Breakey et al., 2015; Fitzpatrick y Whall, 2016; Younas y Quennell, 2019).

FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

A medida que las metodologías de enfermería se expanden (Fitzpatrick et al., 2019), muchos modelos y teorías de enfermería incluidos en este texto muestran características de los criterios de la ciencia normal de Kuhn (1970) (Wood, 2014). Kuhn (1970) define la ciencia normal como «la investigación firmemente basada en uno o más logros científicos previos, logros que alguna comunidad científica particular reconoce durante un tiempo como base para su práctica posterior» (p. 10). Entre las evidencias que caracterizan la naturaleza de la ciencia normal están las siguientes:

- Una comunidad de eruditos que basan su investigación y práctica en el paradigma.
- La formación de revistas especializadas.
- La fundación de sociedades de especialistas.
- La reivindicación de un lugar especial en los planes de estudio (Kuhn, 1970).

Kuhn aclara que, en la **filosofía de la ciencia**, «los paradigmas adquieren su estatus porque tienen más éxito que sus competidores en la resolución de unos pocos problemas que el grupo de practicantes ha reconocido como agudos» (Kuhn, 1970, p. 23).

Rodgers describe la ciencia normal como «el proceso altamente acumulativo de resolución de rompecabezas en el que el paradigma guía la actividad científica y, a su vez, se articula y expande», y cita la premisa de Kuhn de que la investigación en ciencia normal «se dirige a la articulación de aquellos fenómenos y teorías que el paradigma suministra» (Rodgers, 2005, p. 100).

Muchos modelos conceptuales y grandes teorías de la enfermería presentan características de la ciencia normal. El grado de desarrollo de estas características es específico de cada uno de ellos. La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers (v. cap. 13) ha generado cientos de estudios de investigación, 13 instrumentos de investigación y 12 herramientas clínicas de procesos de enfermería para la práctica (Fawcett, 2016; Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). La Society of Rogerian Scholars, fundada en 1988, publica una revista con evaluadores externos, *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, disponible en la página web de dicha sociedad, para fomentar el desarrollo de la ciencia y el intercambio de conocimientos. La ciencia de Rogers es la base de textos premiados y de planes de estudio para programas de enfermería (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). En 2020 la Society of Rogerian Scholars celebró en su conferencia los 50 años de la publicación de Martha E. Rogers *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Del mismo modo, la International Orem Society para la teoría del déficit de autocuidado de Orem (v. cap. 14), el King International Nursing Group para el sistema conceptual de King (v. cap. 15), el Neuman Trustee Group y los simposios bienales sobre el modelo de sistemas de Neuman (v. cap. 16) y la Boston-based Adaptation Research in Nursing Society para el modelo de adaptación de Roy (v. cap. 17) son comunidades de eruditos muy productivas.

Las teorías de enfermería y las grandes teorías que exhiben la ciencia normal incluyen la teoría de Boykin y Schoenhofer de la enfermería como cuidado (cap. 19), la teoría de las transiciones de Meleis (cap. 20), el modelo de promoción de la salud de Pender (cap. 21), la teoría del cuidado cultural de Leininger (cap. 22), la teoría de la salud como expansión de la conciencia de Newman (cap. 23), la teoría del desarrollo humano de Parse (cap. 24) y la teoría de modelos y modelado de roles de Erickson, Tomlin y Swain (cap. 25). Muchos de ellos han generado teorías de nivel medio y han fundado consorcios, sociedades o institutos para desarrollar estudios de investigación, presentaciones, publicaciones y aplicaciones prácticas.

En los últimos 50 años, los modelos conceptuales de enfermería y los textos de teoría de la enfermería han propuesto cada vez más la formación, la administración, la investigación y la práctica basadas en teorías. Las comunidades de expertos asociadas a una teoría continúan creciendo de forma global como sociedades para compartir conocimientos y dar respuesta a las preguntas generadas por la investigación y la práctica a través de conferencias, en páginas web, en boletines de noticias o en revistas. Los conceptos centrales (persona, entorno, salud y enfermería) han sido aceptados desde hace tiempo por la disciplina enfermera (Fawcett, 1984; Tobbell, 2018).

Pickler (2018), editora de *Nursing Research*, aclaró la naturaleza crítica del avance científico, reconoció la importancia de la teoría para ese crecimiento y planteó cuestiones vitales para el futuro de la disciplina enfermera. No solo defendió el uso de la teoría, sino que se preguntó: «¿Estamos haciendo explícita la teoría que estamos utilizando?» (Pickler, 2018, p. 62).

EXPANSIÓN DEL DESARROLLO DE TEORÍAS DE NIVEL MEDIO

El desarrollo y el uso de **teorías de nivel medio** es el área más amplia de cambio en la teoría.

A medida que los trabajos teóricos guían los cuidados de enfermería de pacientes, familias y comunidades, se reconocen los valores de la enfermería y la práctica de calidad. El desarrollo profesional ha llevado a muchas enfermeras a pasar de un estilo de práctica funcional a otro más profesional, un estilo que considera a las personas desde una amplia perspectiva teórica centrada en su situación humana, desplazando el énfasis de la práctica de las tareas y los procedimientos al **paciente como persona**.

A medida que la práctica enfermera se centra en la persona, el papel de la teoría en la práctica se hace obvio y útil, aumentando el uso de las teorías de nivel medio (Alligood, 2014a), como se evidencia en textos como este y otros dedicados exclusivamente a las teorías de nivel medio, como los de Peterson y Bredow (2018) y Smith y Liehr (2018). Este entendimiento elimina una brecha entre la teoría y la práctica y abre nuevas ideas y perspectivas para el desarrollo de la teoría en lugar de generar discusiones inútiles sobre las limitaciones de la teoría (Alligood y Fawcett, 2019). Lo importante es que los

profesionales de enfermería conozcan los trabajos teóricos de su disciplina, y que el profesorado los reconozca como evidencia sobre la que basar la práctica y los enseñen a sus alumnos, de manera que puedan aprender un estilo profesional de práctica y contribuir a mejorar la calidad del cuidado.

Las enfermeras adoptaron con entusiasmo los enfoques de investigación cualitativa para explorar las preguntas que los métodos de investigación cuantitativa no podían responder, generando nuevas teorías y ampliando las aplicaciones de la teoría en la práctica. Este apasionante desarrollo de la era del uso de teorías (Alligood, 2014b) nos ha llevado a una época que antes soñábamos, con una investigación procedente explícitamente de diversos métodos (Fitzpatrick et al., 2019) y marcos conceptuales y teóricos de enfermería (Pickler, 2018). Los conocimientos de enfermería, como las teorías de nivel medio, pueden considerarse en una estructura genérica basada en su nivel de abstracción dentro de la ciencia de la enfermería, más que en el tipo de filosofía o metodología de investigación (fig. 37.1). Esta mayor conciencia de los diferentes tipos de contribuciones ha hecho avanzar a la enfermería en el desarrollo de conocimientos y en la expansión de la ciencia enfermera.

Las teorías de nivel medio tienen diferencias en el nivel de abstracción, como su propio nombre (**nivel**) indica. En realidad, esto es cierto para otros trabajos teóricos (filosofías, modelos y teorías), ya que pueden variar en sus niveles de abstracción (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013). Las teorías

de nivel medio son reconocibles porque recogen detalles específicos para la práctica, como:

- Situación o el estado de salud en cuestión.
- Población de clientes.
- Grupo de edad.
- Ubicación o área en que se practica la enfermería.
- Actividad de la enfermera.
- Intervención de enfermería (Alligood, 2014c, p. 44).

La aplicación de las teorías de nivel medio en la práctica enfermera mejora la calidad de la práctica enfermera, tanto si se desarrolla de forma cuantitativa como cualitativa. Cada tipo de metodología se complementa con la otra, produciendo diferentes tipos de conocimiento enfermero útil. Considerando la teoría de nivel medio en la estructura genérica del conocimiento, la figura 37.1 ilustra cómo la teoría procedente de métodos cuantitativos hipotético-deductivos o la procedente de enfoques cualitativos llegan a una amplitud de conocimiento con un nivel de abstracción similar, a pesar de las diferentes bases filosóficas, métodos y enfoques (v. fig. 37.1).

FORMACIÓN GLOBAL EN ENFERMERÍA

El crecimiento de la filosofía de la ciencia enfermera y la expansión de las metodologías de enfermería, así como el aumento progresivo de las teorías de nivel medio son impresionantes, pero el progreso de la **globalización** y la **comunicación** del conocimiento por parte de los estudiosos de la enfermería a través de Internet ha hecho avanzar la enfermería global más allá de lo imaginable. Aunque la mayoría de las sociedades o consorcios sobre modelos conceptuales y teorías de enfermería tienen miembros internacionales desde hace años, la comunicación y colaboración global de los estudiosos de la enfermería en todo el mundo y el uso de la teoría en la investigación y la práctica han alcanzado cotas asombrosas (Fitzpatrick y Whall, 2016; Younas y Quennell, 2019), como se evidencia en las referencias y bibliografías de la décima edición de esta obra.

Las sociedades sobre teorías de la enfermería, como la International Orem Society, alternan conferencias bienales entre EE. UU. y otros países. En 2016 la International Human Caring Conference y la Society of Rogerian Scholars celebraron una conferencia conjunta en Boston. El International Biennial Neuman Systems Model Symposium se celebra a menudo en otros países con temas globales como «Mejorar la salud global con las teorías de enfermería-NSM» y «Prevención: una perspectiva global».

Estas emocionantes evidencias pueden atribuirse a las publicaciones y la comunicación globales, al aumento de los viajes por el mundo y a la traducción de los libros de texto sobre teorías de la enfermería a otros idiomas. Las enfermeras de todo el mundo están adoptando las teorías enfermeras a medida que experimentan su utilidad en la investigación y la práctica (Fitzpatrick y Whall, 2016; Younas y Quennell, 2019).

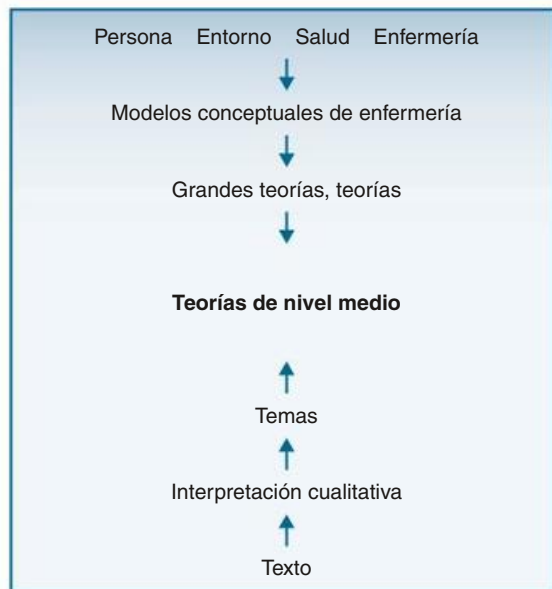


Fig. 37.1 Teoría de nivel medio en una estructura genérica del conocimiento de enfermería a partir de los métodos de investigación cuantitativa y diversos enfoques de investigación cualitativa. (Incluye datos tomados de Fawcett, J. y DeSanto-Madeya [2013]. *Contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis.)

Numerosas revistas de enfermería publican artículos redactados por expertos internacionales, como *Journal of Nursing Scholarship*, *Nursing Science Quarterly*, *Journal of Advanced Nursing*, *Advances in Nursing Science*, *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science* e *International Journal for Human Caring*, por nombrar algunas.

Varias ediciones de este texto, *Modelos y teorías en enfermería*, y su texto complementario, *Nursing Theory: Utilization and Application*, se han publicado en chino clásico, taiwanés, finés, alemán, indonesio, italiano, japonés, coreano, español, sueco, portugués, filipino, namibio, griego y mongol, y tienen difusión internacional en los países de habla inglesa. La bibliografía sobre enfermería a la que se hace referencia en los capítulos actualizados de este texto pone de manifiesto el uso global de los modelos conceptuales y teorías de la enfermería. Además, este texto ha incluido durante muchas ediciones trabajos de teóricos internacionales: Evelyn Adam, de Canadá (cap. 2), Roper, Logan y Tierney, de Escocia (cap. 2), Katie

Eriksson, de Finlandia (cap. 11), Phil Barker, de Irlanda (cap. 32), Kari Martinsen, de Noruega (cap. 10) y Nightingale, de Inglaterra (cap. 6). La búsqueda en PubMed de publicaciones sobre teorías de la enfermería para cada país se realizó por primera vez el 23 de octubre de 2008 y se actualizó el 24 de agosto de 2012, el 16 de mayo de 2016 y de nuevo el 10 de julio de 2020. Con cada edición se añade el número de nuevas referencias a las de la edición anterior para ilustrar el crecimiento continuo de las teorías de enfermería a nivel mundial. Las referencias añadidas desde la publicación anterior demuestran la creciente conciencia global sobre las teorías de enfermería (tabla 37.1).

Sigma Theta Tau International, que cuenta con miembros en todo el mundo y celebra conferencias internacionales, ha contribuido a este crecimiento, al igual que la disponibilidad de la literatura de enfermería digitalizada en Internet. Una revisión de la mayor parte de las revistas de enfermería revela que la norma es que haya autores, localizaciones y sujetos de

TABLA 37.1 Aumento de las publicaciones sobre teorías de enfermería a nivel mundial*

Idioma o país de las publicaciones sobre teoría en enfermería	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 23 de octubre de 2008	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 24 de julio de 2012	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 16 de mayo de 2016	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 10 de julio de 2020
Inglés	10.144	12.629	17.932	24.029
Japonés	409	413	559	645
Portugués	298	376	492	675
Alemán	295	340	417	500
Francés	214	248	338	412
Coreano	79	102	293	448
Chino	59	91	320	534
Países Bajos	56	56	92	212
Danés	54	55	85	118
Español	41	59	245	381
Noruego	41	41	75	275
Italiano	33	37	60	94
Suecia	28	28	121	394
Finés	24	24	59	122
Polaco	13	14	21	25
Afrikaans	7	7	15	15
Ruso	3	3	9	13
Griego	2	2	28	30
Tailandés	1	1	142	200
Turco	1	1	17	75
Hebreo	1	1	16	24
Húngaro	1	2	5	11
Checo	1	2	12	22
Otros países incluidos en la 9.ª edición				
Irán			155	386
Iraq			13	17
Jordania			45	72
Arabia Saudí			10	31

(Continúa)

TABLA 37.1 Aumento de las publicaciones sobre teorías de enfermería a nivel mundial (cont.)

Idioma o país de las publicaciones sobre teoría en enfermería	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 23 de octubre de 2008	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 24 de julio de 2012	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 16 de mayo de 2016	Publicaciones sobre teoría en enfermería a 10 de julio de 2020
Pakistán			10	22
Australia			930	1.650
Canadá			445	1.086
Nueva Zelanda			145	244
Zimbabue			2	4
Nigeria			9	20
Kenia			7	26
Namibia			2	2
Brasil			233	454
México			70	96
Colombia			371	569
Sudáfrica			88	180
Israel			84	145
Irlanda			263	427
Gran Bretaña			898	1.295
Gales			241	346
Escocia			145	217
Otros idiomas o países incluidos en esta 10.ª edición				
Inglaterra				190
Mongol				2
Zambia				5
Siria				2
India				27
Tanzania				14
Indonesia				35
Maldivas				2
Suiza				72
Taiwán				174
Filipinas				20
Ghana				20
Irlanda				11
Groenlandia				2
Islandia				9

Aumento del número de publicaciones sobre teoría en enfermería identificadas por idioma/país en una búsqueda de PubMed (actualizado el 10 de julio de 2020).

*Desde la 7.ª edición de este texto, el número de nuevas referencias de la teoría de la enfermería para cada idioma/país se añade al número de la edición anterior para actualizar la [tabla 37.1](#) e ilustrar el crecimiento continuo de las teorías de enfermería a nivel mundial.

investigación de diversos países mundiales. Varias páginas web sobre teoría en enfermería aportan información, como la Nursing Theory Link Page, mantenida por el Clayton College, y la State University Department of Nursing and the Nursing Theory Page, mantenida por la Facultad de Enfermería de la University of San Diego, con enlaces adicionales a las páginas web de muchos de los teóricos y de su obra.

En conclusión, el estado del arte y la ciencia de la teoría de la enfermería es emocionante, ya que asistimos a un crecimiento sorprendente. En primer lugar, los trabajos teóricos

sobre enfermería son utilizados en todo el mundo por estudiosos de la enfermería para desarrollar la ciencia enfermera (Kuhn, 1970). En segundo lugar, el desarrollo de muchos enfoques de investigación da respuesta a dudas que no la tenían. La ampliación de los conocimientos generados a partir de las teorías de nivel medio mejora la calidad de la práctica enfermera. Y en tercer lugar, las enfermeras expertas aplican los trabajos teóricos y contribuyen al conocimiento en los distintos idiomas del mundo. Estos nuevos conocimientos se comparten a nivel mundial en Internet.

Este es un momento crucial en la historia de la enfermería. A medida que se preparan más enfermeras con títulos avanzados que nunca, y muchas de ellas con el grado de doctora en enfermería (DNP, *nursing practice doctorate*), la complejidad de los pacientes hospitalizados y la disminución de los días de estancia suponen un reto para las enfermeras a la hora de ofrecer unos cuidados seguros y de calidad. Del mismo modo, la transformación de la formación en enfermería sigue dando respuesta a *Educating Nurses* (Benner et al., 2010), al informe del Institute of Medicine (IOM) *The Future of Nursing: Leading Change* (Ellerbe y Regen, 2012) y al programa Healthy People 2020. Los avances se producen en el momento en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado 2020 como el año de la enfermera y la comadrona, en honor al 200.º aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, y en un momento en que la población mundial se encuentra en pleno

proceso de hacer frente a la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El vital e importante servicio de las enfermeras ha pasado a un primer plano por su valentía al cuidar de los pacientes durante esta pandemia.

Es vital que los valores de la enfermería se mantengan y que los marcos de referencia de la enfermería se enseñen, se aprendan y se utilicen para que sigan creciendo los conocimientos sobre la enfermería y la disciplina (Fitzpatrick et al., 2019; Lindell, 2019; McCrae, 2012; Pickler, 2018; Wood, 2020). A medida que se desarrollan y comprueban nuevos conocimientos en la investigación y se aplican en la práctica para prestar una atención de calidad al paciente, el crecimiento disciplinario continúa (Im y Rendell, 2015; Roy, 2018). Una cosa sigue siendo cierta para la profesión enfermera: «La teoría sin la práctica está vacía, y la práctica sin la teoría está ciega» (Cross, 1981, p. 110).

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (2011). The power of theoretical knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 304–305.
- Alligood, M. R. (2014a). Areas for further development of theory-based nursing practice. In M. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 414–424). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Alligood, M. R. (2014b). *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Alligood, M. R. (2014c). Philosophies, models, and theories: Critical thinking structures. In M. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 40–62). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Alligood, M. R., & Fawcett, J. (2019). Nursology's philosophical and practical knowledge: Unified and interdependent. *Nursology*. April 23, 2019. <http://nursology.net>.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Breakey, S., Corless, I., Meedzan, N., & Nicholas, P. (2015). *Global health nursing in the 21st century*. New York: Springer.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2017). *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2018). *Integrated knowledge development in nursing* (10th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Cross, P. (1981). *Adults as learners*. Washington, DC: Jossey-Bass.
- Dickson, V., & Wright, F. (2012). Review of *Nursing theorists and their work* (7th ed.), by M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.). *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 203–204.
- Ellerbe, S., & Regen, D. (2012). Responding to health care reform by addressing the institute of medicine report on the future of nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 36(3), 210–216.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–89.
- Fawcett, J. (2016). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research, and practice*. New York: Springer.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (2016). *Conceptual models of nursing: Global perspectives* (5th ed.). New York: NY, Pearson.
- Fitzpatrick, J. J., Reed, P., Smith, M. C., Smith, M. J., & Roy, C. (2019). The nursing disciplinary perspective: 50 years and the view forward. *Advances in Nursing Science*, 42(2).
- Im, E., & Chang, S. (2012). Current trends in nursing theories. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 156–164.
- Im, E., & Rendell, M. O. (2015). The current status of theory evaluation in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2268–2278.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- McCrae, N. (2012). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidenced-based practice and multidisciplinary healthcare. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 346–354.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Peterson, S., & Bredow, T. (2018). *Middle range theories* (5th ed.). Philadelphia: Wolters & Kluwer.
- Pickler, R. H. (2018). Theory use and usefulness in scientific advancement. *Nursing Research*, 67(2), 61–62.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing nursing knowledge*. Philadelphia: Lippincott.
- Roy, C. (2014). *Generating middle range theory*. New York: Springer.
- Roy, C. (2018). Key issues in nursing theory. *Nursing Research*, 67(2), 81–92.

- Smith, J. M. (2012). Book review of *Nursing theorists and their work* (7th ed.), by M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.). *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 201–202.
- Smith, M. C. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5th ed.). Boston: F. A. Davis.
- Smith, M. J., & Liehr, P. (2018). *Middle range theory for nursing* (4th ed.). New York: Springer.
- Tobbell, D. A. (2018). Nursing's boundary work: Theory development and the making of nursing science ca. 1950–1980. *Nursing Research*, 67(2), 63–73.
- Wood, A. (2014). Nursing models: Normal science for nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed., pp. 13–39). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Wood, S. (2020). Returning to our disciplinary roots of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 43, 50–61.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 540–555.

ÍNDICE ALFABÉTICO

Nota: los números de página seguidos de «c» indican cuadros, los seguidos de «f» indican figuras y los seguidos de «t» indican tablas.

A

- Abdellah, Faye Glenn, 15
 - asociaciones profesionales de enfermería, 15
 - logros, 15
 - veintiún problemas de enfermería, 15, 16c
- Abducción, 151
- Abordaje integral, 232
- Accesibilidad
 - en el cuidado
 - sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 113
 - teoría, 559
 - en el modelo
 - de adaptación, 260
 - de conservación, 176
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 518
 - de promoción de la salud, 327
 - de sistemas, 239
 - del sistema conductual, 282
 - en la filosofía de la asistencia, 134
 - en la salud como expansión de la conciencia, 363
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 423
 - de la adopción del rol materno, 441
 - de la atención burocrática, 95
 - de la depresión posparto, 547
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 348
 - de la enfermería
 - análisis, 49
 - como cuidado, 300
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452
 - de la trascendencia del yo, 469
 - de la trayectoria de la enfermedad, 482
 - de las transiciones, 314
 - de los seres humanos unitarios, 192
 - de modelos y modelado de roles, 404
 - de Watson, 77
 - del confort, 533
 - del cuidado caritativo, 153
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 208
 - del desarrollo humano, 383
 - del duelo disfuncional, 496
 - del final tranquilo de la vida, 567
 - del logro de objetivos, 222
 - en los trabajos de Nightingale, 61
- Acciones, 284
 - autocuidado, 401
 - barreras percibidas, 324
 - beneficios percibidos, 324
 - de enfermería, 284
 - deliberadas, 200
- Aceptación
 - incondicional, 400
 - por la comunidad de enfermería
 - de la enfermería moderna, 58
 - de la filosofía de la asistencia, 133
 - de la salud como expansión de la conciencia, 361
 - de la teoría
 - bioética sinfonológica, 421
 - de adopción del rol materno, 439
 - de la atención burocrática, 89
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 345
 - de la enfermería como cuidado, 296
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 450
 - de la trascendencia del yo, 464
 - de la trayectoria de la enfermedad, 481
 - de las transiciones, 312
 - de logro de objetivos, 219
 - de los seres humanos unitarios, 188
 - de modelos y modelado de roles, 402
 - del cuidado
 - caritativo, 151
 - transpersonal, 75
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 206
 - del desarrollo humano, 380
 - del duelo disfuncional, 493
 - del final tranquilo de la vida, 566
 - del cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 110
 - del modelo
 - de adaptación, 254
 - de conservación, 175
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 513
 - de promoción de la salud, 326
 - de sistemas, 236
 - del sistema conductual, 277
- Acontecimientos
 - congruencia, 447c
 - críticos, 310
 - desencadenantes, 492c
 - familiaridad, 447c
- Actitud(es)
 - expectante, 451
 - natural, fenomenología, 126
 - respecto a la crianza, 433

- Actividad(es), 416, 417
 de autocuidado, 203, 208
 de cuidado dependiente, 203
 de enfermería, 204
 de la vida, 22
 y habilidades, 103
- Acuerdo, en la teoría bioética sinfonológica, 415-417
- Adam, Evelyn, 21
 modelo conceptual de la enfermería, 21
- Adaptación
 en el modelo de adaptación, 254
 en la enfermería de conservación, 170
 en la teoría
 de la adopción del rol materno, 440
 de la incertidumbre frente a la enfermedad, 448
 de los seres humanos unitarios, 184
 de modelos y modelado de roles, 401
 equilibrio, 282
 instrumentos de investigación, 258
 niveles, 248, 249
 problemas, 249
 teoría de nivel medio, 258
- Adaptation to Spinal Cord Injury Interview Schedule (ASCIIS), 257-258
- Administración
 de los servicios de enfermería, 296
 en la teoría
 bioética sinfonológica, 422
 de la atención burocrática, 90
 del cuidado transpersonal, 75
- Afecto
 en el modelo de promoción de la salud, 324
 relacionado con la actividad, 324
- Afirmaciones relacionales, 38, 565-566
- Afirmar, 377
- Afirmar-no afirmar, 377
- Afrontamiento, 103-104, 452
 estrategias emocionales, 492
 interno, 491
 mecanismo(s)
 acción, 491
 adquiridos, 249
 innatos, 249
 procesos, 249
- Agency for Healthcare Research and Quality, 328
- Agente, 200
- Agua
 como metáfora, 509
 pura, 55c-56c
- AHNCC. Véase American Holistic Nurses' Certification Corporation (AHNCC)
- Aire puro, 55c-56c
- Ajuste, en la teoría de logro de objetivos, 217
- Akayama, Tsuyoshi, 514
- Alivio, 527
- Alrededores, 55c-56c
- Alteraciones, 282
- Altschul, Annie, 505
- American Academy of Nursing, 102
- American Holistic Nurses' Certification Corporation (AHNCC), 395
- American Journal of Critical Care*, 110
- American Journal of Health Promotion*, 321
- American Journal of Nursing*, 7, 110
- American Nurses Association (ANA), 12-13, 526
- AMICAE. Véase Método(s), para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional (AMICAE)
- Amor, 148
- ANA. Véase American Nurses Association (ANA)
- Análisis de conceptos, 38, 38t
- ANCM. Véase Attending Nursing Caring Model (ANCM)
- Ansiedad
 e inseguridad, 541c
 en la teoría de adopción del rol materno, 433
 MVPA. Véase Modelo(s), de valoración del potencial de adaptación (MVPA)
 prenatal, 541c
- Antecedentes de depresión, 541c
- Antropología, 345-346
- Apego, 433
- Apoyo
 de la evaluación, 433
 emocional, 432c
 físico, 433
 informativo, 433
 social, 447c, 541c
 en la teoría de adopción del rol materno, 433
- Aristóteles, 29, 145, 149, 152, 415
- Arte
 como elemento de la enfermería clínica, 16
 de las teorías de enfermería, 572
 del lenguaje, 381-382
 expansión del desarrollo de teorías de nivel medio, 573
 formación global en enfermería, 574
- ASCIIS. Véase Adaptation to Spinal Cord Injury Interview Schedule (ASCIIS)
- Asesora, como rol de la enfermera, 12-13
- Asociación de Enfermería de Noruega, 124
- Aspectos
 de la situación, 107
 relacionados con el final de la propia vida, 463-464
- Atención, 400
 burocrática, 85
- Atributos de una situación, 107
- Attending Nursing Caring Model (ANCM), 75
- Autoconcepto, 432c
- Autocreencia, 322
- Autocuidado, 200, 202, 205
 acción, 401
 déficit, 205-206
 en la teoría de modelos y modelado de roles, 401
 recursos, 401
 requisitos, 202
- Autoeficacia percibida, 312, 324
- Autoestima, 255, 432c, 541c
- Autonomía, 399, 419c
- Autoridad creíble, 447c

Avances en la ciencia de la enfermería, 42
Axiomas, 40
 en la teoría del cuidado caritativo, 148

B

Bacon, Francis, 30
Bandura, Albert, 322
Barker, Phil. *Véase también* Modelo(s), de la marea en la recuperación de la salud mental, 503
 acreditaciones, 503
 antecedentes, 503
Barnard Center on Infant Mental Health and Development, 20
Barnard, Kathryn E., 20, 553
 evaluación de la salud infantil, 20
Barreras posibles, 328
Bases teóricas del modelo de la marea, 508
Basic Needs Satisfaction Inventory, 400
Basic Principles of Nursing Care, 14
Beck, Cheryl Tatano. *Véase también* Teoría, de la depresión posparto, 539
 acreditaciones, 539
 antecedentes, 539
Benner, Patricia, 101
 acreditaciones, 101
 antecedentes, 101
Berdáev, Nikolaj, 145
Bien, concepto, 39
Bienestar, 109, 234, 463c, 464, 465f
Biennial Neuman Systems Model Symposium, 236, 238
Bioética, 395
Boca Raton Community Hospital, 298
Bourdieu, Pierre, 126
Boykin, Anne. *Véase también* Teoría, de la enfermería, como cuidado, 290
 acreditaciones, 290
 antecedentes, 290
Brigham and Women's Hospital, 395
British Royal Sanitary Commission, 55
Budismo zen, 504-505
«Buena muerte», análisis, 567
Burke, Mary Lermann. *Véase también* Teoría, del duelo disfuncional, 489
 acreditaciones, 489
 antecedentes, 489
Burocracia, 85
Búsqueda en PubMed, de teorías de enfermería, 575

C

Calidad de vida, 564
Calidez, 55c-56c
Cambio(s), 310
 de paradigma, 32
 sociales, reconocimiento por Nightingale, 54
Campo de energía, 184c
Cáncer, 476
Capacidades cognitivas, 447c

Carga bioquímica, 540
Caridad, 148
Caritas, 70, 148
 en la teoría del cuidado caritativo, 146c
 procesos, 72, 71t
Case Western Reserve University (CWRU), 526
Caso paradigmático, 107
Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D),
 escala, 462
Center for Human Caring, 68
Centrado en el paciente, marco de la enfermería, 6-7
Centro de salud regional de Salina, 403
Cercanía, 565
Certeza, en la teoría bioética sinfonológica, 419
Certeza-incertidumbre, 377
Ciencia(s)
 avances, límites teóricos y niveles, 42
 conductuales, 33
 cualitativa, 29
 cuantitativa, 29
 de la enfermería
 avances, 32
 como negocio social, 34
 conductual, 33
 cualitativa, 29
 cuantitativa, 29
 deductiva, 29
 empírica, 29
 historia, 29
 holística, 29
 inductiva, 29
 interpretativa, 29
 mecanicista, 29
 perspectivas históricas sobre la naturaleza, 29
 social, 33
 de los paradigmas, 4
 de los seres humanos unitarios (CSHU), 184, 189f, 190t-192t
 de Rogers, 573
 deductiva, 29
 del autocuidado, 207
 del cuidado, 151
 empírica, 29
 filosofía, 4, 573
 holística, 29
 humana. *Véase también* Enfermería, 384-385
 inductiva, 29
 interpretativa, 29
 logros, 4
 mecanicista, 29
 normal, 4, 573
 práctica, 200
 sociales, 33
 teoría
 de enfermería, 572
 visiones
 a finales del siglo XX, 31
 de principios del siglo XX, 30
Científicos, 30

Claridad

- de los trabajos de Nightingale, 60
- en el cuidado
 - sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 112
 - transpersonal, 77
- en el modelo
 - de adaptación, 259
 - de conservación, 176
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 516, 517f-518f
 - de promoción de la salud, 327
 - de sistemas, 239
 - del sistema conductual, 281
- en la filosofía de la asistencia, 134
- en la salud como expansión de la conciencia, 363
- en la(s) teoría(s)
 - bioética sinfonológica, 423
 - de adopción del rol materno, 440
 - de enfermería, análisis, 48
 - de la atención burocrática, 94
 - de la depresión posparto, 547
 - de la enfermería como cuidado, 300
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 451
 - de la transcendencia del yo, 468
 - de la trayectoria de la enfermedad, 482
 - de las transiciones, 314
 - de logro de objetivos, 222
 - de los seres humanos unitarios, 192
 - de modelos y modelado de roles, 404
 - del confort, 533
 - del cuidado, 559
 - caritativo, 153
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 207
 - del desarrollo humano, 382
 - del duelo disfuncional, 495
 - del final tranquilo de la vida, 567
- Clayton College, 575-576
- Clinical Nursing: A Helping Art*, 16
- CNS. Véase Enfermeras clínicas especializadas (CNS)
- Coconstitución, 372
- Cognitive Adaptation Processing Scale, 257
- Colectivista, 134
- Comfort Daisies, 532
- Compañero, 433
- Compasión, 291
- Competencia, 107, 291
- Complejidad, 84-85
 - relacional (de cuidado), 95
- Componentes estructurales, 284
- Comportamiento, 291
 - ético, 107
- Comprensión primordial, 108
- Compromiso, 291, 310, 505
- Comunión del cuidado, 146c, 150
- Concepción
 - del mundo, 340
 - ontológica, 150

Concepto(s), 36, 38f

- abstractos, 36, 38f
- análisis, 38
- clasificación, 38
- concretos, 36
- continuos, 37-38
- de bioética, 418-419
- del ojo del corazón, 130
- desarrollo, 38
- discretos, 36-37
- invariables, 36-37
- Conciencia, 291, 309
 - contexto, 416c
 - de percepción
 - perceptiva, 171, 174
- Condición(es), 38-39
 - comunitarias, 310
 - necesaria, 39
 - personales, 310
 - sociales, 310
 - suficiente, 39
- Conducta(s)
 - de búsqueda de la salud, 528-529
 - de promoción de la salud, 313, 324
 - en el modelo del sistema conductual, 272
 - ética, 415, 418
 - relacionada previa, 323
- Conexión-separación, 376
- Conferencia sobre teorías en enfermería para docentes
 - de enfermería, 6
- Confianza, 291
- Confirmar-no confirmar, 377
- Confort
 - en la teoría
 - del confort, 528
 - del final tranquilo de la vida, 565
 - holístico, 531
 - intervenciones, 528
 - mental, 527
 - sustitutivo, 526
- Confusión mental, 541c
- Conjunto, 284
 - de enunciados de existencia, 40
 - preparatorio, 275
- Conociéndote, conociéndome, 513
- Conocimiento(s)
 - autocuidado, 401
 - clínicos, 113
 - contexto, 416
 - desarrollo, 2
 - disciplinarios, 374
 - en la teoría del cuidado, 556c
 - especializado, estructura y análisis, 46
 - estructura, 46, 47f
 - filosofías, 29
 - materializado, 103

- médico, 2-3
- objetivo, 6
- patrones, 294-295
- práctico, 102, 374
- tácito, 416
- técnicas, 374
- tipos, 46, 47f
- Conover, Martin, 199
- Consciencia, 356, 360f
 - reflejo, 359
- Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), 14
- Consenso, 33
 - científico, 32-33
- Conservación, en el modelo de conservación, 170, 171
- Construcción de puentes, definición, 505
- Constructor de puentes, 129
- Contacto terapéutico, 531
- Contenido descriptivo, de las teorías de enfermería, 48c
- Contexto
 - ambiental, 340, 527
 - del entorno, 527
 - en la teoría bioética sinfonológica, 397
 - físico, 527
 - psicoespiritual, 527
 - sociocultural, 527
- Control
 - en el modelo del sistema conductual, 273
 - pérdida, 541c
- Convertirse en madre, 435-436, 437f
- Cónyuges cuidadores, 491
- Cotranscendencia con lo posible, en la teoría del desarrollo humano, 377
 - creación, 377
 - poder, 377
 - transformación, 377
- Couples Miscarriage Healing Project, 555-556
- CPDM. Véase Modelo(s), de desarrollo de la práctica clínica (CPDM)
- Creencia
 - definición, en la teoría del cuidado, 556c
 - en la vida después de la muerte, 355
- Criterio en enfermería, 38
- Crítica, de la teoría de las transiciones, 314
- CSUH. Véase Ciencia(s), de los seres humanos unitarios (CSUH)
- Cualidades, inherentes, en la teoría de modelos y modelado de roles, 401
- Cuerpo
 - como actitud natural, 127
 - en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 478c
- Cuestionamiento científico, 33
- Cuestionario de cuidados relacionales, 94
- Cuidado(s). Véanse también Cuidado(s), teoría; Teoría, de la
 - atención burocrática; Teoría, de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales; Teoría, de la enfermería, como cuidado; Teoría, del cuidado, transpersonal, 75, 340
 - acto, 146c, 149
 - al final de la vida, 565
 - burocráticos, 85
 - colaborativo, 336
 - comparativo, inclusión, 346
 - compartidos, fenómeno, 293
 - continuo, 510
 - culturales, 340
 - acomodación, 341
 - conservación, 341
 - diversidad, 340
 - establecimiento de nuevos patrones, 341
 - mantenimiento, 341
 - negociación, 341
 - reestructuración, 341
 - universalidad, 340
 - culturalmente congruentes, 340, 344f
 - de enfermería, 149
 - resultados, 296
 - definición, 87
 - dependiente, 200-202, 208, 210f
 - actividad, 203
 - déficit, 204
 - demanda, 203
 - diferencial, 89
 - en el modelo del corazón, 299
 - en la teoría de la atención burocrática, 87
 - espirituales-éticos, 85-87
 - filosofía, 33
 - de la asistencia, 129
 - genéricos, 340
 - metaanálisis de la literatura, 555
 - moral, 131
 - natural, 149
 - original, 149
 - personas, perspectiva, 292
 - práctica
 - de la enfermería, 101
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 110
 - crítica, 112
 - datos empíricos, 104
 - estudio clínico, 114
 - evolución, 112
 - fuentes teóricas, 102
 - fundamentos teóricos, 109
 - planteamiento lógico, 109
 - principales premisas, 108
 - resumen, 114
 - moral, basado, 130
 - práctico, 131
 - profesionales, 340
 - relacional, 131
 - resultados, 296
 - ser existencial, 127
 - sufrimiento relacionado con, 146c
 - teoría, 556c
 - transformación, 298
- Culpa y vergüenza, 543

Cultura

- del cuidado, 146c
- en la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 334-335
- inclusión, 346

Curación, 74

CWRU. Véase Case Western Reserve University (CWRU)

D

da Silva, Antonio Barbosa, 145

Dance of Caring Persons, 295, 295f

Datos empíricos

- en el cuidado, sabiduría clínica en la práctica de enfermería, 104
 - en el modelo
 - de adaptación, 249
 - de conservación, 169
 - de marea en la recuperación de la salud mental, 507
 - de promoción de la salud, 323
 - de sistemas, 232
 - del sistema conductual, 271
 - en la enfermería moderna, 55
 - en la filosofía de la asistencia, 129
 - en la salud como expansión de la conciencia, 355
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 416
 - de adopción del rol materno, 431
 - de la atención burocrática, 85, 86f
 - de la depresión posparto, 540
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 338
 - de la enfermería como cuidado, 292
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 446
 - de la transcendencia del yo, 462
 - de la trayectoria de la enfermedad, 477
 - de las transiciones, 311
 - de logro de objetivos, 215
 - de los seres humanos unitarios, 184
 - de modelos y modelado de roles, 397, 398f
 - del confort, 527
 - del cuidado, 554
 - caritativo, 145
 - transpersonal, 71
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 201
 - del desarrollo humano, 373
 - del duelo disfuncional, 491
 - del final tranquilo de la vida, 564
 - uso por Nightingale, 55
- de Shazer, Steve, 505
- Decisión ética, 420
- Deducción, 151, 507
- Defectos del tubo neural, 494
- Demanda(s)
- de autocuidados terapéuticos, 203, 207-208
 - de cuidados dependientes, 203
 - en competencia inmediata, 324
- Demostración de hipótesis, 343
- Den Mångdimensionella Hälsan («salud multidimensional»), 152

Deontología, 415

Department of Health and Human Services estadounidense, 328

Depresión, 432c

posparto, 541

prenatal, 541c

Derechos, en la teoría bioética sinfonológica, 418

Desarrollo

- a lo largo de la vida, 401
- cognitivo, 397
- de teorías
 - aparición, 3-4
 - aspectos contemporáneos, 43
 - de nivel medio, expansión, 573
 - en el método científico, 41f
 - evolución, 2-3
 - fuentes teóricas de Nightingale, 36
 - principios, 40f
 - proceso. Véase también Teoría, 36

Descubrimiento, 509

Desequilibrio, 282

Destilación-fusión, 374-375

Developmental Resources of Later Adulthood (DRLA), 462

Devenir

- dimensión de salud, 150
- visible-invisible del ahora emergente, 373

Dialéctica hermenéutica, 361

Dieta, 55c-56c

Diez compromisos del modelo de la marea, 506c-507c

Diferencias, 310

Dignidad, 146c, 565

Dimensiones

- culturales y de la estructura social, 340
- de la estructura social, 340

Dinámica

- asistencial compleja, 92
- de indagación del cuidado, 92

Discernimiento profesional, 129

Disciplina(s)

- científica, 29
- enfermera, 292, 336
- otros, para la formación en investigación de posgrado, 494
- significado, 6c
- teoría de la enfermería, importancia, 6

Diseño de enfermería, 204

Diversidad, cuidados culturales, 340

Dodd, Marylin J. Véase también Teoría, de la trayectoria de la enfermedad, 476

acreditaciones, 476

antecedentes, 476

Dolor, ausencia, 565

Dominio(s), 107

clínico, 106

de los otros, 509

del modelo de la marea en la recuperación de la salud mental, 508

del yo, 509

mundial, 509

propios, 509

Dotación inherente, en la teoría de modelos y modelado de roles, 401
 Drenaje eficiente, 55c-56c
 Dreyfus, Hubert, 102-103
 Dreyfus, modelo de adquisición de habilidades, 102-103
 DRLA. Véase *Developmental Resources of Later Adulthood* (DRLA)
 Duelo, 494
 disfuncional
 concepto, 492c
 datos empíricos, uso, 491
 desencadenantes, 492
 situaciones, 492c
 patológico, 373, 397
 Duración, 310

E

Eakes, Georgene Gaskill. Véase también Teoría, del duelo
 disfuncional, 488
 acreditaciones, 488
 antecedentes, 488
 EBBS. Véase Exercise Benefits-Barriers Scale (EBBS)
 Einstein, Albert, 30
 teoría de la relatividad, 184
 Ejemplo, 107
 Elección, 284
 Embarazo
 no deseado, 541c
 no planeado, 541c
 Emergencias metafóricas, 382
 Émico, 341-342
 Emotivismo, 415
 Empirismo, 30
 Empoderamiento, 508
 de los adolescentes, 258
 Emprender-resistir, 377
 Encuentro con el terror, 541c, 546
 Energía, conservación, 171
 caso clínico, 177c-178c
 Enfermedad(es), 234
 infecciosas, 59
 mental, 513
 sufrimiento relacionado con, 146c
 Enfermera-paciente, proceso de la experiencia, 360
 Enfermeras clínicas especializadas (CNS), 110-111
 Enfermería, 343
 basada en la teoría y la evidencia, 7
 camino de desarrollo, 7, 7c
 clínica
 arte de ayudar, 16
 elementos, 16
 útil arte de la, 16
 como profesión, 7, 294
 como trephotaxis, 511
 conceptos de metaparadigma, 4
 conceptualización, 4
 conocimiento, estructura, 46
 de salud mental, 504, 511
 definición, Henderson, 14

disciplina(s), 292, 336
 académica, 7
 en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la
 enfermería, 101
 en la teoría
 del cuidado, 556
 caritativo, 148
 del duelo disfuncional, 493
 filosofía, 33, 46
 de la asistencia, 131
 foco, 292
 formación de investigación de posgrado, 494
 fundamentos teóricos, 74
 historia, 2
 como método para conocer, 292-293
 intención, 292
 intercultural, 337
 llamadas, 293, 355
 logros, 7
 marcos conceptuales, 6-7
 método sistemático, 7-8
 modelo(s)
 conceptuales, 21, 46, 47c, 573
 de adaptación, 252
 de conservación, 172
 de la marea en la recuperación de la salud mental, 511
 de sistemas, 234
 del sistema conductual, 274
 moderna, 52
 aceptación por la comunidad de enfermería, 58
 caso clínico, 62c
 crítica, 60
 datos empíricos, 55
 evolución, 60
 fuentes teóricas, 54
 fundamentos teóricos, 57
 planteamiento lógico, 58
 principales conceptos y definiciones,
 55c-56c
 principales premisas, 56
 razonamiento inductivo, uso, 58
 resumen, 61
 perspectiva de Nightingale sobre el papel, 56
 psiquiátrica, 507, 511-512
 respuesta, 293
 salud
 como expansión de la conciencia, 357, 358f
 mental, 511, 512
 situación, 292
 teoría
 bioética sinfonológica, 417
 de adopción del rol materno, 434
 de la atención burocrática, 88
 de la depresión posparto, 544
 de la enfermería como cuidado, 294
 de las transiciones, 312
 de logro de objetivos, 217
 de los seres humanos unitarios, 185

- Enfermería (*cont.*)
 de modelos y modelado de roles, 400, 402
 del confort, 530
 del desarrollo humano, 378
 del final tranquilo de la vida, 565
 transcultural, 337
- Enfoque
 de indagación del cuidado, 92
 del conjunto de normas, 40
 funcional, marco de la enfermería, 6-7
- Enseñanza-aprendizaje, fomento, 71f, 72
- Entorno, 109
 concepto(s)
 de Nightingale, 56
 del metaparadigma, 4
 conceptual, 177
 contexto, 340
 creado, 233, 236
 en el modelo
 de adaptación, 252
 de conservación, 173
 caso clínico, 177c-178c
 de la marea en la recuperación de la salud mental, 512
 de sistemas, 233, 236
 conductuales, 275
 creado, 233, 236
 externo, 236
 interno, 236
 en la enfermería moderna, 55c-56c
 en la filosofía de la asistencia, 131
 en la salud como expansión de la conciencia, 358
 en la teoría
 bioética sinfonológica, 418
 de adopción del rol materno, 435
 de la atención burocrática, 88
 de la depresión posparto, 544
 de la enfermería como cuidado, 294
 de las transiciones, 312
 de logro de objetivos, 217
 de los seres humanos unitarios, 186
 de modelos y modelado de roles, 402
 del confort, 530
 del cuidado, 557
 caritativo, 149
 del desarrollo humano, 379
 del duelo disfuncional, 493
 del final tranquilo de la vida, 565
 evaluación, 283
 externo, 236
 fundamentos teóricos, 74
 interno, 236
 provisión, 72
- Entrada, 233
- Entrenamiento situado, 108
- Enunciados teóricos, 40, 38
- Epígrafes del contenido, de las teorías de enfermería, 49c
- Episteme, Premio, 20
- Epistemología, 29
 análisis, 31
 del racionalismo, 29
 racionalista, 29-30
- Época
 de la formación superior, 3
 de las teorías, 3-4
 de utilización de la teoría, 4
 del énfasis en la investigación, 3
 del plan de estudios, 3
- Equilibrio, 184, 273-274
 adaptación, 282
 del sistema conductual, 278
- Erikson Psychosocial Stage Inventory, 400
- Erickson, Helen C. *Véase también* Teoría, de modelos y modelado de roles, 394
 acreditaciones, 394
 antecedentes, 394
- Eriksson, Katie. *Véase también* Teoría, del cuidado, caritativo, 125, 143
 acreditaciones, 143
 antecedentes, 143
- Escala CES-D. *Véase* Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D), escala
- Esclerosis múltiple, 494
- Escuela de Enfermería de la Marquette University, 204
- Espacio, 359
 entorno, 131
- Espacio-tiempo, síntesis, 359, 360f
- Especialista, 337
- Espiritualidad, 87c
- Esquema cognitivo, 447c
- Estabilidad, 233, 282
- Establecimiento de nuevos patrones, cuidados culturales, 341
- Estadio(s)
 cognitivos, durante el desarrollo vital, 401
 competente, 106
 de anticipación, de la teoría de adopción del rol materno, 436
 formal, de la teoría de la adopción del rol materno, 436
 informal, teoría de adopción del rol materno, 436
 personal, teoría de adopción del rol materno, 436
 psicológicos del desarrollo vital, 401
- Estado
 de reconocimiento Magnet, 90
 estacionario, 184
 Magnet, 75
 marital, 541c
 socioeconómico, 541c
- Estándares
 bioéticos, en teoría bioética sinfonológica, 419c
 éticos, en la teoría bioética sinfonológica, 418
 europeos de enfermería, 21-22
- Estar
 con, en la teoría del cuidado, 556c
 enfermo, 109
 situado, 109

Estímulo(s)
 contextuales, 248-249
 focales, 248-249
 residuales, 248-249
 Estrategia(s)
 de la investigación seguida de la teoría, 30
 de la teoría seguida de la investigación, 29
 internas de afrontamiento, 491
 Estrés del cuidado del niño, 541c
 Estrés/factores estresantes, 234
 en el modelo del sistema conductual, 274
 en la adopción del rol materno, 433
 estructural, 278
 respuesta, 170
 Estructura
 básica, 233
 económica, 94
 educativa, 94
 física, 94
 legal, 94
 política, 94
 sociocultural, 94-95
 taxonómica, 527, 528f, 531
 tecnológica, 94-95
 Estructurar el significado, 375
 en la teoría del desarrollo humano, 375
 lenguaje, 376
 valoración, 375
 Estudios de investigación, 298
 Etapa competente, 106
 Eternidad, 146c
 Ethos, 149
 Ética, 415
 asistencial caritativa, 146c
 del cuidado
 basada en la caritas, 145
 caritativo, 146c
 en la práctica de enfermería, 101
 aceptación por la comunidad de enfermería, 110
 crítica, 112
 datos empíricos, 104
 evolución, 112
 fuentes teóricas, 102
 fundamentos teóricos, 109
 planteamiento lógico, 109
 principales premisas, 108
 resumen, 114
 existencia humana, como condición primaria, 127
 frontal, 146c
 Ético, 341-342
 Etnohistoria, 341
 Evaluación, 277
 conductual, 282
 Evidencia
 basada en la práctica, 515-516
 basada en la teoría, 7
 Evolución del ser humano, concepción de Young, 360f
 Exercise Benefits-Barriers Scale (EBBS), 323

Existencia humana, la ética como condición principal, 127
 Experiencia(s), 107, 374, 516-517
 del parto, percepción, 432
 humana, unicidad, 373
 vitales, 374
 Experto, 107
 Explotación de la relación enfermera-paciente, 12-13
 Extraña, como rol de la enfermera, 12-13

F

Facilidad, 527
 Facilitadores, 328
 Factores
 biológicos personales, 323
 culturales, 87
 de acondicionamiento básico, 204
 económicos, 86-87, 88
 estresantes estructurales, 278
 físicos, 87, 94-95
 legales, 87c
 operacionales, 177c-178c
 personales, 310
 biológicos, 311
 psicológicos, 311
 socioculturales, 312
 políticos, 88, 94-95
 psicológicos personales, 292, 323
 sociales, 112
 socioculturales, 87, 94-95
 personales, 324
 tecnológicos, 87, 94-95
 Familia, 432c
 como usuario, 240
 Familiar-no familiar, 377
 Fawcett, Jacqueline, 554
 Fe-esperanza, instilación, 71f, 72
 Fenomenología, 33
 como actitud natural, 126
 fenomenólogos, 128
 hermenéutica, 129
 Fenómenos, 40
 Fidelidad, 419c
 Filosofía, 46, 48c
 como elemento de la enfermería clínica, 16
 de la asistencia, 123
 aceptación por la comunidad de enfermería, 133
 acreditaciones, 123
 caso clínico, 135c
 datos empíricos, 129
 evolución, 134
 fuentes teóricas, 126
 fundamentos teóricos, 132
 planteamiento lógico, 132
 principales conceptos y definiciones, 129c
 principales premisas, 131
 resumen, 135
 terapéutica, 510

- Filósofos, 30
- Final tranquilo de la vida, 566
- Flanagan, técnica del incidente crítico, 508
- Flexibilidad, 432
- Florida Nurses' Association (FNA), 214
- FNA. *Véase* Florida Nurses' Association (FNA)
- Formación, 108
 - continua, 494
 - de investigación de posgrado, 494
 - de pregrado, 494
 - en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 110
 - en el modelo
 - de adaptación, 256
 - de conservación, 175
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 514
 - de promoción de la salud, 326
 - de sistemas, 237
 - del sistema conductual, 279
 - en la filosofía de la asistencia, 133
 - en la salud como expansión de la conciencia, 362
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 422
 - de adopción del rol materno, 431
 - de la atención burocrática, 87c, 91
 - de la depresión posparto, 545
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 346
 - de la enfermería como cuidado, 297
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 471
 - de la transcendencia del yo, 466
 - de la trayectoria de la enfermedad, 481
 - de las transiciones, 313
 - de logro de objetivos, 220
 - de los seres humanos unitarios, 188
 - de modelos y modelado de roles, 403
 - del confort, 531
 - del cuidado, 545
 - caritativo, 151
 - del desarrollo humano, 380
 - del duelo disfuncional, 494
 - del final tranquilo de la vida, 566
 - en los cuidados transpersonales, 75
 - global en enfermería, 574
 - principios de Nightingale, 59
- Foss, Else, 133
- Foucault, Michel, 126, 128
- Frank-Stromborg, Marilyn, 307
- Frankel, Victor, 19
- Fuentes
 - de la estructura, 447c
 - teóricas
 - para el modelo
 - de adaptación, 248
 - de conservación, 169
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 504
 - de promoción de la salud, 322
 - de sistemas, 232
 - del sistema conductual, 270
 - para la enfermería moderna, 54
 - para la filosofía de la asistencia, 126
 - para la salud como expansión de la conciencia, 355
 - para la teoría
 - bioética sinfonológica, 415
 - de adopción del rol materno, 431
 - de la atención burocrática, 84
 - de la depresión posparto, 540
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 337
 - de la enfermería como cuidado, 291
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 446
 - de la transcendencia del yo, 461
 - de la trayectoria de la enfermedad, 476
 - de las transiciones, 309
 - de logro de objetivos, 214
 - de los seres humanos unitarios, 184
 - de modelos y modelado de roles, 396
 - del confort, 527
 - del cuidado, 554
 - caritativo, 145
 - transpersonal, 70
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 199
 - del desarrollo humano, 371
 - del duelo disfuncional, 491
 - del final tranquilo de la vida, 564
- Fuerzas existenciales-fenomenológicas, autorización, 71t, 72
- Función, en el modelo de sistemas, 233
- Funcionamiento familiar, 432c
- Fundación Quantum, 298
- Fundamentos teóricos, 38-39, 109
 - de Nightingale, 57
 - en el modelo
 - de adaptación, 253, 253f-254f
 - de conservación, 174
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 512
 - de promoción de la salud, 314
 - de sistemas, 236
 - del sistema conductual, 275
 - en la enfermería moderna, 57
 - en la filosofía de la asistencia, 132
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 418
 - de adopción del rol materno, 435
 - de la atención burocrática, 89
 - de la depresión posparto, 544
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 342
 - de la enfermería como cuidado, 295
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 449
 - de la salud como expansión de la conciencia, 359
 - de la transcendencia del yo, 463
 - de la trayectoria de la enfermedad, 480
 - de las transiciones, 312
 - de logro de objetivos, 217, 218c
 - de los seres humanos unitarios, 186
 - de modelos y modelado de roles, 402

del confort, 530
 del cuidado, 557, 558f
 caritativo, 150
 transpersonal, 74
 del déficit de autocuidado en enfermería, 205
 del desarrollo humano, 379
 del duelo disfuncional, 493
 del final tranquilo de la vida, 565

G

Gable, Robert, 540
 Gadamer, Hans-Georg, 145
 General Comfort Questionnaire, 505
 Generalidad
 de los trabajos de Nightingale, 61
 en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 113
 en el modelo
 de adaptación, 260
 de conservación, 176
 de la marea en la recuperación de la salud mental, 517
 de promoción de la salud, 327
 de sistemas, 239
 del sistema conductual, 282
 en la filosofía de la asistencia, 134
 en la salud como expansión de la conciencia, 363
 en la teoría
 bioética sinfonológica, 423
 de adopción del rol materno, 441
 de la atención burocrática, 95
 de la depresión posparto, 547
 de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 348
 de la enfermería
 análisis, 49
 como cuidado, 300
 de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452
 de la transcendencia del yo, 468
 de la trayectoria de la enfermedad, 482
 de las transiciones, 314
 de logro de objetivos, 222
 de los seres humanos unitarios, 192
 de modelos y modelado de roles, 404
 del confort, 533
 del cuidado, 559
 caritativo, 153
 del déficit de autocuidado en enfermería, 207
 del desarrollo humano, 383
 del duelo disfuncional, 496
 del final tranquilo de la vida, 567, 568f
 en los cuidados transpersonales, 77
 Generalista, 337
 Gestión
 eficaz, 492c
 externa, 492
 ineficaz, 492c
 Glasgow, servicios de salud mental, 514

Gómez, Olga, 90
 Grado de reacción, 234
 Gran teoría, 46-47, 48c
 Gratificación-satisfacción, 433
 Growth Through Uncertainty Scale (GTUS), 451
 GTUS. Véase Growth Through Uncertainty Scale (GTUS)
 Guía de indagación semiestructurada para evaluar los cuidados culturales y la salud, 345
 Gustav O. Leinhard, Premio, 20

H

Hablar-permanecer en silencio, 376
 Hacer
 dimensión de la salud, 150
 el bien y evitar el mal (beneficencia), 419c
 por, en la teoría del cuidado, 556c, 558
 Hainsworth, Margaret A. Véase también Teoría, del duelo disfuncional, 490
 acreditaciones, 490
 antecedentes, 490
 Hall, Lydia, 18
 modelo de esencia, cuidado y curación, 18
 Hall, sir John, 53
 Hallazgo de soluciones, 509
 Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP-II), 323
 Heidegger, Martin, 125, 127
 Helicidad, 186, 187f, 371-372
 Henderson, Virginia, 14, 21
 catorce necesidades, 14c
 definición de la enfermería, 14
 niveles de las relaciones enfermera-paciente identificados, 15
 Herbert, Sidney, 52
 Hermenéutica, 108
 crítica, 129
 Herramienta
 de análisis de recursos de la relación enfermera-paciente, 94
 de cuidados comunicativos transculturales, 90
 Historia como método de conocimiento de la enfermería, 292-293
 Holismo, 170, 271, 400
 filosofía, 33
 Holografía, 87c
 Holograma, 85
 Homeodinámica, principios, 187, 187f
 Homeostasis, 184
 Hopkins, valoración crítica, de MVPA, 400
 Hospital infantil de la University of Wisconsin, 403
 HPLP-II. Véase Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP-II)
 Humanidad, 61, 134
 Humanismo, 294
 Husserl, Edmund, 126
 Husted, Gladys. Véase también Teoría, bioética sinfonológica, 414
 acreditaciones, 414
 antecedentes, 414
 Husted, James. Véase también Teoría, bioética sinfonológica, 414
 acreditaciones, 414
 antecedentes, 414

I

- IA. Véase Individuación afiliada (IA)
- ICN. Véase Consejo Internacional de Enfermeras (ICN)
- Ida Jean (Orlando) Pelletier. Véase también Modelo(s), de promoción de la salud
 - teoría del proceso de enfermería, 23
- Ideas centrales, 374
- Identidad
 - de rol, 436, 440
 - personal, 436
 - en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 478c
 - incierto, 479t
 - materna, 432, 440
- Identificación, de la relación enfermera-paciente, 12-13
- Ilimitabilidad, 372-373
- Ilusión, 447c
- Imágenes, 375
 - guiadas, 531
- Imaginación
 - explícita-tácita, 375
 - reflexiva-prerreflexiva, 375
- Imperativos de sustento, 273
- Importancia, 107
 - de la filosofía de la asistencia, 134
 - de la salud como expansión de la conciencia, 363
 - de la teoría
 - bioética sinfonológica, 424
 - de adopción del rol materno, 441
 - de enfermería, análisis, 49
 - de la atención burocrática, 95
 - de la depresión posparto, 547
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 349
 - de la enfermería como cuidado, 300
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 453
 - de la transcendencia del yo, 469
 - de la trayectoria de la enfermedad, 482
 - de las transiciones, 314
 - de logro de objetivos, 222
 - de los seres humanos unitarios, 193
 - de modelos y modelado de roles, 404
 - de Watson, 77
 - del confort, 533
 - del cuidado, 560
 - caritativo, 153
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 208
 - del desarrollo humano, 384
 - del final tranquilo de la vida, 567
 - de los escritos de Nightingale, 61
 - del cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 113
 - del modelo
 - de adaptación, 260
 - de conservación, 176
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 519
 - de promoción de la salud, 327
 - de sistemas, 239
 - del sistema conductual, 282
- Impulso, 284
- Incertidumbre, 377, 447c, 448
 - de identidad, 479t
 - del cuerpo, 479t
 - temporal, 479t
- Incidentes críticos, 109-110
- Indagación
 - cooperativa, 361
 - deductiva, 30
- Individuación afiliada (IA), 401
- Inducción, 151, 530
- Inferencia, 447c
- Infinito, 146c
- Influencias
 - interpersonales, 312
 - situacionales, 324
- Información compartida, 509
- Iniciativa social, ciencia como, 34
- Institute of Medicine, 577
- Insuficiencia del rol, 307
- Integración, 186, 371-372
 - en el modelo de conservación, 171
 - estructural, conservación, 171, 177c-178c
 - institucional, 529
 - personal, conservación, 171, 177c-178c
 - social, conservación, 171, 177c-178c
- Intención de la enfermería, 292
- Interacciones de enfermería, en la teoría de la transcendencia del yo, 465
- Interaccionismo, 307
 - simbólico, 307
- International Association for Human Caring, 83, 290
- International Biennial Neuman Systems Model Symposium, 574
- International Journal of Nursing Studies*, 18
- International Orem Society, 574
 - congresos mundiales, 206
- International Transcultural Nursing Society, 83
- Interpersonal Aspects of Nursing*, 19
- Interpersonal Relations in Nursing*, 12-13
- Intervención(es), 278
 - basadas en grupo, en la teoría de la transcendencia del yo, 466
 - confort, 528
 - holísticas, 531
 - para la gestión de la incertidumbre ante la actitud expectante, 451
 - para la prevención, 234, 239
- Introduction to Clinical Nursing*, 169, 175
- Investigación(es)
 - basada en la práctica, 256
 - científica, 34, 60
 - conceptos de Nightingale, 60
 - en el modelo
 - de adaptación, 256
 - de conservación, 175
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 515
 - de promoción de la salud, 326
 - de sistemas, 238
 - del sistema conductual, 279

en la filosofía de la asistencia, 133
 en la salud como expansión de la conciencia, 362
 en la teoría
 de adopción del rol materno, 439
 de la atención burocrática, 92, 92f-94f
 de la depresión posparto, 545
 de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 347
 de la enfermería como cuidado, 298
 de la incertidumbre frente a la enfermedad, 450
 de la transcendencia del yo, 466
 de la trayectoria de la enfermedad, 481
 de las transiciones, 313
 de logro de objetivos, 220
 de los seres humanos unitarios, 189
 de modelos y modelado de roles, 403
 del confort, 531
 del cuidado, 559
 caritativo, 152
 transpersonal, 76
 del desarrollo humano, 381
 del duelo disfuncional, 494
 del final tranquilo de la vida, 567
 instrumentos, adaptación, 258
 interdependencia de la teoría, 32
 para la demostración de teorías, 42
 sobre articulación, 102
 sobre la evaluación de teorías, 42
 teoría, relación de interdependencia, 6
 Invitación, 146c
 directa, 293

J

JFK Medical Center, 298
 Johnson, Dorothy E. Véase también Modelo(s), del sistema conductual, 21, 270
 acreditaciones, 270
 antecedentes, 270
Journal of Transcultural Nursing, 335, 346
 Juicio
 clínico, 112-113
 profesional, 129
 y discernimiento profesional, 129

K

Kaila, Eino, 145
 Kanto Medical Center, 514
 Kendall Chronic Sorrow Instrument, 494
 Kierkegaard, Søren, 145
 KING. Véase King International Nursing Group (KING)
 King, Imogene M. Véase también Teoría, de logro de objetivos, 213
 acreditaciones, 213
 antecedentes, 213
 King International Nursing Group (KING), 214

Kolcaba, Katharine. Véase también Teoría, del confort, 526
 acreditaciones, 526
 antecedentes, 526
 Koort, Peep, 145
 Kuhn, Thomas, 145
 Kurtén, Tage, 145

L

Labilidad emocional, 541c
 Lactante
 características, 433
 señales, 433
 temperamento, 433, 541c
 Langer, Susan, 145
 Langer Scale of Mental Health Symptomatology (MHS), 462-463
 Lanzarse al agua, creencias de compromiso, 509-510
 Laurelberry, Nancy, 532
 Lazarus, Richard, 102-103
 Leininger, Madeleine M. Véase también Teoría, de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 334
 acreditaciones, 334
 antecedentes, 334
 Lévinas, Emmanuel, 70, 145
 Lenguaje, 376
 Levine, Myra Estrin. Véase también Modelo(s) de conservación
 acreditaciones, 168
 antecedentes, 168
 Ley de salud mental de Escocia, 517-518
 Leyenda Viva, Premio, 20
 Leyes, 40
 Libertad, 372-373, 419c
 situada, 372
 Líder, como papel del profesional de enfermería, 12-13
 Liderazgo
 en la profesionalización de la enfermería, 12-13
 en los cuidados transpersonales, 75
 Limpieza, 55c-56c
 Línea(s)
 de defensa, 233
 flexible, 233
 normal de defensa, 233
 de resistencia, 233
 LISREL. Véase Relación(es), estructurales lineales (LISREL)
 Llamada(s)
 a la enfermería, 355
 de cuidado, 293
 Loeb Center for Nursing and Rehabilitation, 18
 Loeb, plan, 18
 Logan, Winifred W., 21
 Lógica, 236
 de la experiencia, 515-516
 deductiva, 236, 361, 566
 inductiva, 236, 361, 566
 Løgstrup, Knud E., 70, 125, 127
 Løgstrup, Rosemarie, 125
 Lucha por la supervivencia, 541c, 546
 Luther, Martin, 128
 Luz, 55c-56c

M

- Macrosistema, 435-436
- Malestar
 - físico, 567
 - psíquico, 512-513
- Maltrato infantil, 494
- Manifestaciones
 - espontáneas de la vida, 127
 - soberanas de la vida, 127, 130
- Mantenimiento de la creencia, 556c
- Marco de los estímulos, 447c
- Martinsen, Kari Marie. *Véase también* Filosofía, de la asistencia
 - acreditaciones, 123
 - antecedentes, 123
- Marx, Karl, 126
- Maternal Bonding-Attachment Tool de Erickson, 400
- Máxima, 107
- May, Rollo, 19
- McDonald, Lynn, 54
- Mecanismos de afrontamiento
 - adquiridos, 249
 - emocionales, 492
 - innatos, 249
 - interpersonales, 492
 - por acción, 492
- Medida de referencia de criterios de la herramienta de logro de
 - objetivos, 216
- «Medios de gestión», 278
- Mejores
 - políticas, 529
 - prácticas, 529
- Meleis, Afaf Ibrahim. *Véase también* Teoría, de las transiciones, 306
 - acreditaciones, 306
 - antecedentes, 306
- Mercer, Ramona T. *Véase también* Teoría, de adopción del rol
 - materno, 430
 - acreditaciones, 430
 - antecedentes, 430
- Merleau-Ponty, Maurice, 127
- Mesosistema, 435-436
- Metaanálisis de la bibliografía, sobre los cuidados, 555
- Metafísica, 132
- Metaparadigma, 42
 - conceptos
 - enfermería, 4
 - entorno, 4
 - persona, 4
 - salud, 4
- Método(s)
 - científico, desarrollo de teorías, 41t
 - cualitativos, 76
 - de ayuda, 204
 - de ciencia Parse, 374
 - de investigación
 - de etnoenfermería, 348-349
 - Parse, 374
 - de teoría fundamentados, 87, 478
 - experimentales cuantitativos, 343
 - fenomenológicos, 76
 - inductivo, 29
 - naturalistas, 76
 - para el consenso, la valoración y la evaluación intraprofesional
 - (AMICAE), 104
- Métodos/estrategias de gestión
 - datos empíricos, 492
 - de los pequeños detalles, 55c-56c
 - eficaces, 492c
 - en la teoría del duelo disfuncional, 492
 - externos, 492
 - ineficaces, 492c
 - medios, 278
- Microsistema, 435-436, 435f
- Mill, John Stuart, 59
- Mirada
 - de clasificación, 128-129
 - de exploración, 128-129
- Mishel, Merle H. *Véase también* Teoría, de la incertidumbre frente a
 - la enfermedad, 445
 - acreditaciones, 445
 - antecedentes, 445
- Misterio, 372-373, 377-378
- Modelado, 400
 - de roles, 400
- Modelo(s)
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 254
 - caso clínico, 261
 - conceptuales, enfermería, 46, 48c
 - crítica, 259
 - datos empíricos, 249
 - de acción sanitaria basado en la comunidad, 380
 - de adaptación, 247
 - de conservación, 168
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 175
 - caso clínico, 177c-178c
 - crítica, 176
 - datos empíricos, 169
 - diagrama, 174f
 - evolución, 176
 - fuentes teóricas, 169
 - fundamentos teóricos, 174
 - planteamiento lógico, 175
 - principales conceptos y definiciones de, 170
 - principales premisas, 172
 - resumen, 176
 - de desarrollo de la práctica clínica (CPDM), 102
 - de enfermería, 21, 23f, 23t
 - de esencia, cuidado y curación, 18, 19f
 - de evaluación de la salud de la aculturación para patrones
 - culturales en las formas de vida tradicionales y no tradicionales, 345
 - de extraño a amigo de confianza, 345
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 503
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 513
 - caso clínico, 519
 - crítica, 516

datos empíricos, uso, 507
 evolución, 515
 fuentes teóricas, 504
 fundamentos teóricos, 512
 planteamiento lógico, 513
 principales conceptos y definiciones, 508
 principales premisas, 510
 resumen, 519
 valores esenciales, 506c-507c
 de observación-participación-reflexión, 345
 de principiante a experta, 112-113
 de promoción de la salud, 320
 aceptación por la comunidad de enfermería, 324
 caso clínico, 327
 crítica, 326
 datos empíricos, 322
 evolución, 325
 fuentes teóricas, 320
 fundamentos teóricos, 324
 planteamiento lógico, 324
 principales conceptos y definiciones, 327c
 principales premisas, 323
 resumen, 327
 revisado, 323, 325f
 de salud ontológico, 152
 de sistemas, 231
 acreditaciones, 231
 aplicación por la comunidad de enfermería, 236
 caso clínico, 240
 crítica, 239
 datos empíricos, 232
 de Neuman, 232
 evolución, 238
 fuentes teóricas, 232
 fundamentos teóricos, 236
 planteamiento lógico, 236
 principales conceptos y definiciones, 232
 principales premisas, 234
 resumen, 240
 de terremoto, 540
 de toma de decisiones, en la teoría bioética sinfonológica, 419, 420f
 de valoración del potencial de adaptación (MVPA), 397, 398f, 401
 de vida, 21, 23f, 23t
 del dominio de indagación, 345
 del sistema conductual, 270
 aceptación por la comunidad de enfermería, 277
 caso clínico, 283
 crítica, 281
 datos empíricos, 271
 evolución, 280
 fuentes teóricas, 270
 fundamentos teóricos, 275
 planteamiento lógico, 277
 principales conceptos y definiciones, 272
 principales premisas, 274
 resumen, 282
 del sol naciente de Leininger, 343, 344f
 evolución, 259

fuentes teóricas, 248
 fundamentos teóricos, 253, 253f, 254f
 modos adaptativos en, resumen, 262t
 planteamiento lógico, 254
 principales conceptos y definiciones, 249
 principales premisas, 251, 251c
 resumen, 260
Modelos y teorías en enfermería, 575
 Modo
 de autoconcepto-identidad de grupo, 250
 de identidad de grupo, autoconcepto, 250
 de interdependencia, 251
 de la función del rol, 250
 fisiológico-físico, 250
 Momento existente discriminante, 374
 Moore, Shirley M. *Véase también* Teoría, del final tranquilo de la vida, 563-564
 acreditaciones, 563
 antecedentes, 563
 Morita, Shoma, 504-505
 Motivación para el bienestar, 39
 Moverse-quedarse quieto, 356
 Movimiento, concepto, 359
 Movimiento-quietud, 376
 Muerte
 del yo, 541c, 546
 tranquila, 567

N

NANDA. *Véase* North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)
 NANDA-I. *Véase* North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)
 National Center for Nursing Research, 321, 403-404
 National Institute of Nursing Research, 323
 National Institutes of Health, 321, 403-404
 National League for Nursing (NLN), 23-24, 69
 Naturalismo, 33
 NCAST. *Véase* Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST)
 NCRCS. *Véase* Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS)
 Necesidades
 básicas, 401
 de cuidado de la salud, 505, 528
 humanas, 71t, 72, 397
 Negentropía, 184, 233
 Negociación, cuidados culturales, 341
 Neuman Systems Model Research Institute, 238-239
 Neuman Systems Model Trustees Group, 231, 240
 Neuman, Betty. *Véase también* Modelo(s) de sistemas, 231
 acreditaciones, 231
 antecedentes, 231
 Newman, Margaret A. *Véase también* Salud, como expansión de la conciencia, 354
 acreditaciones, 354
 antecedentes, 354

NIC. Véase Nursing Interventions Classification (NIC)

Nightingale, Florence. Véase también Enfermería, moderna, 52

- acreditaciones, 52
- afiliación y creencias religiosas, 54-55
- antecedentes, 52
- cambios sociales, reconocimiento, 54
- desarrollo del conocimiento, aportaciones, 46
- empleo, 52
- enfermería, visión, 2-3
- estatus social de los pobres, 57
- formación, principios, 59
- investigación, conceptos, 60
- muerte, 56
- pensamiento
 - filosófico, 54
 - lógico, 54
- práctica, bases, 58
- raíces históricas, 52
- salud, 56
- teoría de logro de objetivos, tributo, 213
- trabajo vital, análisis, 53

Nivel

- consciente de la existencia, orden explícito, 85
- de conciencia implicado, 85

NLN. Véase National League for Nursing (NLN)

NOC. Véase Nursing Outcomes Classification (NOC)

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 279, 494

North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), 494

Nueva perspectiva de la vida, 447c

Nursing, 133

Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST), 20

Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrow (NCRCS), 493

Nursing Development Conference Group (NDCG), 198

Nursing Interventions Classification (NIC), 494

Nursing Outcomes Classification (NOC), 494

Nursing Research, 3, 6

Nursing Science Quarterly, 83, 380-381

Nursing Theory Link Page, 575-576

Nursing Theory Page, 575-576

Nursing Theory: Utilization and Application, 575

Nygren, Anders, 145

O

Objetividad, 419c

Objetivo, 284

- como elemento de la enfermería clínica, 16

Objeto, 200

Observaciones, 30, 31

Océano de experiencia, en la vida, 511-512

Ojo que registra, 130

Orden

- desplegado, 85
- plegado, 85
- teoría, 37f, 39

Oregon Health Sciences University Hospital, 403

Orem, Dorothea Elizabeth. Véase también Teoría, del déficit de autocuidado en enfermería, 198

- acreditaciones, 198
- antecedentes, 198

Orem Study Group, 207

Organismo, 200

Organización

- de la teoría, 40
- total, 478c

Organización Mundial de la Salud, 74

Orientación de la relación enfermera-paciente, 12-13

Origen, 377

Ottawa Charter for Health Promotion, 517-518

P

Paciente. Véase también Persona(s)

- en la teoría
 - bioética sinfonológica, 417
 - del confort, 530
- necesidad de ayuda, identificación, 16

Padre(s)

- cuidadores, 491
- en la teoría de la adopción del rol materno, 432c, 435

Pandimensionalidad, 184c

Paradigma(s), 33, 573

- interpretativo, 33
- posmoderno, 33

Paradoja, 372-373

- de la crisis, 494

Parse, Rosemarie Rizzo. Véase también Teoría, del desarrollo, humano, 370

- acreditaciones, 370
- antecedentes, 370

Parsons, Talcott, 271

Participación

- integradora, 361
- interactiva, 361

Patient-Centered Approaches to Nursing, 15

Patrón(es), 185

- de la enfermería, 74
- de las transiciones, 309
- de los síntomas, 447c
- de movimiento, síntesis, 359, 360f
- de respuesta, 310
- del conocimiento, 294-295
- empíricos, 294-295
- en la salud como expansión de la conciencia, 356
- estéticos, 294-295
- éticos, 294-295
- no invasivos, 188
- personales, 294-295
- reconocimiento, 31
- rítmicos, 376
- conexión-separación, 376
- permisividad-limitación, 376
- revelación-ocultación, 376
- teoría del desarrollo humano, 376

- Paz, 565
- Pender, Nola J., 320
 - acreditaciones, 320
 - antecedentes, 320
- Pensamiento(s)
 - deductivo, 277
 - del paradigma transformador unitario-holográfico, 74
 - filosófico de Nightingale, 54
 - inductivo, 277
 - lógico, de Nightingale, 54
 - probabilístico, 447c
 - retroductivo, 402
 - suicidas, 541c
- Pepitas de oro, 374-375
- Peplau, Hildegard E., 12, 504
 - ámbito de influencia, 12
 - liderazgo, 12-13
 - relaciones enfermera-paciente, 13-14
 - teoría de las relaciones interpersonales, 12
- Pequeños detalles, gestión, 55c-56c
- Perceived Enactment of Autonomy, herramienta, 400
- Percepción, 251, 432c
- Pérdida
 - de control, 541c
 - del yo, 541c
 - en la teoría del duelo disfuncional, 492c
- Perfil de estilo de vida de los adolescentes, 326-327
- Permisividad-limitación, 376
- Persecución de la elegancia, 509
- Persona(s). *Véase también* Personalidad, 200
 - como cuidado, perspectiva, 294
 - como pacientes, 56, 240
 - como rol de enfermería, 12-13
 - como sistema(s)
 - adaptativo, 253f
 - biopsicosociales, 448
 - completa, 294
 - con una necesidad de enfermería, 511
 - concepto(s), 42
 - de metaparadigma, 4
 - cuidados vivos, momento a momento, 294
 - deseos, 509
 - en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 108
 - en el modelo
 - de adaptación, 252
 - de conservación, 173
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 511
 - en la filosofía de la asistencia, 131
 - en la salud como expansión de la conciencia, 358
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 417
 - de adopción del rol materno, 434
 - de la atención burocrática, 88
 - de la depresión posparto, 544
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 448
 - de las transiciones, 312
 - de logro de objetivos, 217, 219
 - de los seres humanos unitarios, 185
 - de modelos y modelado de roles, 402
 - del cuidado, 557
 - del desarrollo humano, 379
 - del duelo disfuncional, 493
 - del final tranquilo de la vida, 565
 - humanidad, 294
 - pertenencia, 511
 - plena, 294
 - que ha satisfecho su necesidad, 511
- Personalidad
 - en el modelo del sistema conductual, 274
 - en la teoría de la enfermería como cuidado, 293
 - fundamentos teóricos, 74
 - potenciación a través de la participación en las relaciones de
 - atención cuidando a los otros, 294
 - vivir la vida basándose en el cuidado, 294
- Persona-paciente, 557
 - en la teoría bioética sinfonológica, 417
- Perspectiva caritativa, 148-149
- Pertenencia a la persona, 509
- PHS. *Véase* Servicio de Salud Pública (PHS)
- Pitágoras, 12
- Plan
 - de acción, compromiso, 324
 - de seguridad personal, 520
- Planteamiento lógico
 - de la enfermería moderna, 58
 - de la filosofía de la asistencia, 132
 - de la salud como expansión de la conciencia, 361
 - de la teoría
 - bioética sinfonológica, 421
 - de adopción del rol materno, 438
 - de la atención burocrática, 89
 - de la depresión posparto, 544
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 342
 - de la enfermería como cuidado, 296
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 450
 - de la transcendencia del yo, 464
 - de la trayectoria de la enfermedad, 481
 - de logro de objetivos, 218
 - de los seres humanos unitarios, 186
 - de modelos y modelado de roles, 402
 - del cuidado, 558
 - caritativo, 150
 - transpersonal, 75
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 205, 206f
 - del desarrollo humano, 379
 - del duelo disfuncional, 493
 - del final tranquilo de la vida, 566
 - del cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 109
 - del modelo
 - de adaptación, 254
 - de conservación, 175
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 513
 - de promoción de la salud, 313

- Planteamiento lógico (*cont.*)
 de sistemas, 236
 del sistema conductual, 277
 uso de Nightingale, 58
- Platón, 145, 415
- Poder, 377
 afirmar-no afirmar, 377
 emprender-resistir, 377
 ser-no ser, 377
- Polanyi, Michael, 415
- Popper, Karl, 145
- Posibilitar, en la teoría del cuidado, 556c
- Positivismo, 30
 lógico, 30-31
- Pospositivismo, 33
- Potencia, 355
- Potenciar-restringir, 376
- Práctica
 como elemento de la enfermería clínica, 16
 de la transformación, análisis crítico, 126
 en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 100
 en el modelo
 de adaptación, 254
 de conservación, 175
 de la marea en la recuperación de la salud mental, 513
 de promoción de la salud, 326
 de sistemas, 236
 del sistema conductual, 277
 en la filosofía de la asistencia, 133
 en la salud como expansión de la conciencia, 361
 en la teoría
 bioética sinfonológica, 421
 de adopción del rol materno, 439
 de la atención burocrática, 89
 de la depresión posparto, 545
 de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 345
 de la enfermería como cuidado, 296
 de la incertidumbre frente a la enfermedad, 450
 de la transcendencia del yo, 465
 de la trayectoria de la enfermedad, 481
 de las transiciones, 312
 de logro de objetivos, 219
 de los seres humanos unitarios, 188
 de modelos y modelado de roles, 402
 del confort, 531
 del cuidado, 558
 caritativo, 151
 del desarrollo humano, 380
 del duelo disfuncional, 493
 del final tranquilo de la vida, 566
 en los cuidados transpersonales, 75
 moral basada en el cuidado, 130
 perspectiva de Nightingale sobre los fundamentos, 58
- Praxis, 153
- Predicción, 40
- Preferencias, 313
 inmediatas, 324
- Presencia continuada, 381
- Prevención
 como intervención, 234, 239
 niveles, 232
 primaria, 232, 234
 secundaria, 232, 234
 terciaria, 232, 234
- Previsión clínica, 106
- Principiante, 103, 106
 avanzado, 103, 106
- Principios, 342
- Problemas
 de salud mental, 513
 vitales, 505
- Proceso(s), 233
 causal, 40
 de extracción-síntesis, 374-375
 de la experiencia enfermera-paciente, 360
 persona-entorno, 464
 vital integrado, 250
- Profesión, 6c, 7, 7c
- Profesionalismo orientado a la persona, 130
- Profesora, como rol de la enfermera, 12-13
- Programa(s)
 de salud mental, 513
 de grado superior, 6
 educativos, 87
- Proposiciones, 40
- Pruebas basadas en la competencia, 110
- Psiconeuroendocrinología, 259-260
- Psiconeuroinmunología, 259-260
- Psicosis posparto, 541c
- Publicaciones
 globales sobre teorías de enfermería, 575t-576t
 sobre teorías de enfermería a nivel mundial, 575, 575t-576t
- Puntos críticos, 310
- ## R
- Racionalismo, 29
- Ray, Marilyn Anne (Dee). Véase *también* Teoría, de la atención burocrática, 82
- acreditaciones y antecedentes, 82
- Razonamiento
 inductivo, 58
 en la teoría de la trayectoria de la enfermedad, 481
 Nightingale, uso, 58
 previo, 29-30
- Reacción, grado, 234
- Realidad, sentido zen, 512
- Reciprocidad, 187t
- Reconstitución, 234
- Recuperación del control, 541c, 546
- Recursos
 como rol de la enfermera, 12-13
 potencia, 509

- Reed, Pamela G. *Véase también* Teoría, de la transcendencia del yo, 461
- acreditaciones, 461
 - antecedentes, 461
- Reflejo de la conciencia, 359
- Reformulación deductiva, 461-462
- Refuerzo de la sabiduría, 379
- Regulación, 273
- Relación(es)
- de ayuda-confianza, desarrollo, 71*f*, 72
 - de cuidado, 57-58, 149
 - transpersonal, 70-71
 - enfermera-paciente, 12-13
 - aspectos cambiantes, 13*f*
 - fases, solapamiento, 13*f*
 - niveles, identificados por Henderson, 15
 - estructurales lineales (LISREL), 257
 - madre-padre, 433
 - mente-cuerpo-emoción-espíritu, en la teoría de modelos y modelado de roles, 401
- Relativismo social, 415
- Requisitos
- de autocuidado
 - del desarrollo, 203
 - universales, 202
 - funcionales, 273, 284
- Resistencia, líneas, 233
- Resolución de la relación enfermera-paciente, 12-13
- Resonancia, 186, 187*t*, 371-372
- Respeto, 565
- Respuesta(s)
- adaptativas, 250
 - al estrés, 170
 - al miedo, 170
 - de enfermería, 293
 - de lucha o huida, 340
 - del organismo, 170
 - en la enfermería de conservación, 170
 - holísticas, 170
 - en el modelo de conservación, 170
 - ineficaces, 250
 - inflamatoria-inmunitaria, 170
 - patrones, 310
 - sensitivas, 171
 - en el modelo de conservación, 171
- Resultado, 558
- indicadores, 310
 - previsto, 558
- Retroalimentación, 233
- Retroducción, 151, 530
- Revelación-ocultación, 376
- Ricoeur, Paul, 129
- Ritmicidad, 377-378
- Rituales de salud, 355
- Robbins, Lorraine, 321
- Robinson Self-Appraisal Inventory, 400
- Rogers, Bruce Taylor, 183
- Rogers, Lucy Mulholland Keener, 183
- Rogers, Martha Elizabeth. *Véase también* Teoría, de los seres humanos unitarios, 183, 461-462
- acreditaciones, 183
 - antecedentes, 183
- Roper, Nancy, 21
- Roper-Logan-Tierney, modelo de enfermería, 22
- Roy, sor Callista. *Véase también* Modelo(s), de adaptación, 247
- acreditaciones, 247
 - antecedentes, 247
- Royal Ottawa Mental Health Centre, 514, 515
- Rubin, Jane, 102-103
- Ruido, 55*c*-56*c*
- Ruland, Cornelia M. *Véase también* Teoría, del final tranquilo de la vida, 563
- acreditaciones, 563
 - antecedentes, 563
- ## S
- Sabiduría clínica, en la práctica de la enfermería, 101
- aceptación por la comunidad de enfermería, 110
 - caso clínico, 114
 - crítica, 112
 - datos empíricos, 104
 - evolución, 112
 - fuentes teóricas, 102
 - fundamentos teóricos, 109
 - personal, 374
 - planteamiento lógico, 109
 - práctica, 360-361
 - principales premisas, 108
 - resumen, 114
- Sagrado, en la filosofía de la asistencia, 132
- Salida, 233
- Salud
- como expansión de la conciencia, 354, 356, 358
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 361
 - caso clínico, 364
 - crítica, 363
 - datos empíricos, 355
 - evolución, 363
 - fuentes teóricas, 355
 - fundamentos teóricos, 359
 - planteamiento lógico, 361
 - principales conceptos y definiciones, 356*c*
 - principales premisas, 357
 - resumen, 364
 - como maestría, 307
 - conceptos de metaparadigma, 4
 - definición de Nightingale, 56
 - desviación, 203
 - dimensiones, 150
 - en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 109
 - en el modelo
 - de adaptación, 252
 - de conservación, 173

Salud (*cont.*)

- de la marea en la recuperación de la salud mental, 512
 - de sistemas, 234, 236
 - del sistema conductual, 275
 - en la filosofía de la asistencia, 131
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 417
 - de adopción del rol materno, 434-435
 - de la atención burocrática, 88
 - de la depresión posparto, 544
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 341
 - de la enfermería como cuidado, 294
 - de las transiciones, 312
 - de logro de objetivos, 217
 - de los seres humanos unitarios, 186
 - de modelos y modelado de roles, 402
 - del confort, 530
 - del cuidado, 557
 - caritativo, 150
 - del desarrollo humano, 379
 - del duelo disfuncional, 493
 - del final tranquilo de la vida, 565
 - estado, 433
 - fundamentos teóricos, 74
 - judicial, 514
 - pasiva, 171, 186
 - personalidad es vivir la vida basada en el cuidado, 294
 - rituales, 355
 - significado, 355
 - universo humano, contemplado, 379
- San Agustín, 145
- Satisfacción marital, 541c
- Schoenhofer, Savina O. Véase también Teoría, de la enfermería, como cuidado, 291
- acreditaciones, 291
 - antecedentes, 291
- Sechrist, Karen, 321
- Seip, Anne Lise, 124
- Self-Care, Dependent Care & Nursing (SCDCN)*, 198-199
- Self-Care Resource Inventory, 400
- Self-Consistency Scale, 257
- Self-Transcendence Scale (STS), 461
- Sencillez
- en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 113
 - en el modelo
 - de adaptación, 260
 - de conservación, 176
 - de la marea en la recuperación de la salud mental, 517
 - de promoción de la salud, 327
 - de sistemas, 239
 - del sistema conductual, 282
 - en la filosofía de la asistencia, 134
 - en la salud como expansión de la conciencia, 363
 - en la teoría
 - bioética sinfonológica, 423
 - de adopción del rol materno, 441
 - de la atención burocrática, 94

- de la depresión posparto, 547
 - de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 348
 - de la enfermería
 - análisis, 49
 - como cuidado, 300
 - de la incertidumbre frente a la enfermedad, 452
 - de la transcendencia del yo, 468
 - de la trayectoria de la enfermedad, 482
 - de las transiciones, 314
 - de logro de objetivos, 222
 - de los seres humanos unitarios, 192
 - de modelos y modelado de roles, 404
 - del confort, 533
 - del cuidado, 559
 - caritativo, 153
 - transpersonal, 77
 - del déficit de autocuidado en enfermería, 207
 - del desarrollo humano, 383
 - del duelo disfuncional, 496, 496f
 - del final tranquilo de la vida, 567
 - en los trabajos de Nightingale, 60
- Sensibilidad, cultivo, 71t, 72
- Sentido zen de la realidad, 512
- Sentimiento(s)
- similar al crecimiento de la conciencia, 355
 - negativos, fomento y aceptación, 72, 71t
 - positivos, fomento y aceptación, 72, 71t
- Señales, lactante, 433
- Ser(es)
- existencial como cuidado, 127
 - humanos. Véase también Personalidad
 - en el modelo de sistemas, 234
 - en la teoría
 - de logro de objetivos, 218
 - del cuidado caritativo, 148
- Ser-no ser, 377
- Servicio de Salud Pública (PHS), 15
- Servicio perseverativo, 275
- Sesiones individualizadas, 509
- Shields, Walene, 199
- SIDA. Véase Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Sigma Theta Tau International, 575-576
- Significado, 311, 378
- de la salud, 355
 - de la vida, 355
 - situado, 109
- Símbolos, usuarios, 200
- Sincronía, 187t
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 361
- Sinfonología
- bases, 400
 - definición, 1-2
 - desarrollo, 396
- Sistema(s)
- abierto, en el modelo de sistemas, 233
 - adaptativo, 252, 253f, 254f
 - humano, 253-254, 254f
 - alejado del equilibrio, 449
 - biopsicosociales, personas, 449

conceptual, 213
 desarrollo, 215, 215f
 conductuales, 272
 cualitativamente diferentes, 86-87
 de adaptación, 253-254, 253f, 254f
 de autocuidado, 208
 de cuidados dependientes, 208, 210f
 de enfermería, 200, 204, 205, 207
 de paciente, 233
 interpersonales, 216
 modelo de adaptación, 249
 social, 216

Situación
 contexto, 416c
 de la enfermería, 292, 301
 en el cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, 109
 entorno, 131

Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) de Canadá, 384

Society of Rogerian Scholars, 573

Sócrates, 145

Spinoza, Benedict, 415

SSHRC. Véase Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) de Canadá

St. Catherine's University, 403

St. Lucie Medical Center, 298-299

St. Mary's Medical Center, 299

STS. Véase Self-Transcendence Scale (STS)

Subjetividad humana, 372

Subsistema(s)
 de agresión-protección, 273, 283
 de apego-afiliación, 273, 283
 de dependencia, 273, 283
 de eliminación, 273, 283
 de ingestión, 273, 283
 de logro, 273, 283
 de realización, 273, 283
 en el modelo de sistema conductual, 272
 regulador, 249, 262t
 relacionador, 250, 262t
 restaurador, 248-249, 272
 sexual, 273, 283

Substance Use and Concurrent Disorders Program, 514

Sueño y alimentación, trastornos, 541c

Sufrimiento
 en la teoría del cuidado caritativo, 146c, 149
 relacionado con la enfermedad, la asistencia y la vida, 147
 ser humano, 147

Suplementación del rol, 307

Sustituta, como rol de la enfermera, 12-13

Swain, Mary Ann P. Véase también Teoría, de modelos y modelado de roles, 396
 acreditaciones, 396
 antecedentes, 396

Swanson, Kristen M. Véase también Teoría, del cuidado, 553
 acreditaciones, 553
 antecedentes, 553

Sykepleien, 133

T

TDAH. Véase Trastorno(s), por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

Technologic Competence as Caring in Critical Care Nursing, 299

Temor, 355

Temperamento, lactante, 433

Temperatura corporal, 39t

Temporalidad, 478c

Tensión, 274
 debida al rol, 433

Teología del cuidado, 145

Teoría. Véase también Teoría, de la enfermería
 afirmaciones, 40
 análisis, 47, 48c
 aplicación, 404
 bioética sinfonológica, 414
 aceptación por la comunidad de enfermería, 421
 caso clínico, 424c
 crítica, 423
 datos empíricos, 416
 estándares bioéticos, 419c
 evolución, 423
 fuentes teóricas, 415
 fundamentos teóricos, 418
 planteamiento lógico, 421
 principales conceptos y definiciones, 416c
 principales premisas, 417
 resumen, 424

ciencia, 30, 31

cognitiva social, 322

componentes, 36, 37t

conceptos, 36
 abstractos, 36

contribuciones, 37t

de adopción del rol materno, 430
 aceptación por la comunidad de enfermería, 439
 caso clínico, 442c
 crítica, 440
 datos empíricos, 431

estadio
 de anticipación, 436
 formal, 436
 informal, 436
 personal, 436

evolución, 440

fuentes teóricas, 431

fundamentos teóricos, 435

modelo, 432f

planteamiento lógico, 438

principales conceptos y definiciones, 432c

principales premisas, 434

resumen, 441

de la atención burocrática, 82
 aceptación por la comunidad de enfermería, 89
 caso clínico, 96c
 datos empíricos, 85, 86f
 evolución, 94
 fuentes teóricas, 84

Teoría (cont.)

- fundamentos teóricos, 89
- planteamiento lógico, 89
- principales conceptos y definiciones, 87c
- principales premisas, 88
- publicaciones de investigación relacionadas, 92f-94t
- resumen, 95
- de la autenticidad existencial, 95
- de la complejidad, 87
- de la depresión posparto, 539
 - caso clínico, 548c
 - crítica, 547
 - datos empíricos, 540
 - evolución, 546
 - fuentes teóricas, 540
 - fundamentos teóricos, 544
 - planteamiento lógico, 544
 - principales conceptos y definiciones, 541c
 - principales premisas, 544
 - resumen, 548
- de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, 334
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 345
 - caso clínico, 349
 - crítica, 348
 - datos empíricos, 338
 - evolución, 347
 - fundamentos teóricos, 342
 - planteamiento lógico, 342
 - principales conceptos y definiciones, 340
 - principales premisas, 341
 - resumen, 349
- de la enfermería. *Véase también* Teoría, 2, 47, 48c
 - arte, 572
 - búsqueda en PubMed, 575
 - ciencia, 572
 - como cuidado, 290, 299
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 296
 - caso clínico, 301
 - crítica, 300
 - datos empíricos, 292
 - evolución, 299
 - fuentes teóricas, 291
 - fundamentos teóricos, 295
 - planteamiento lógico, 296
 - principales conceptos y definiciones, 292
 - principales premisas, 294
 - resumen, 301
 - contenido descriptivo, 49c
 - desarrollos, 4
 - epígrafes del contenido, 49c
 - evolución, 4
 - historia, 2, 5t
 - importancia, 5
 - observaciones, 4
 - páginas web, 575-576
 - paradigmas, 4
 - psiquiátrica y de salud mental, 505
 - publicaciones globales, 575t-576t
 - teóricos, 46
- de la Gestalt, 232
- de la incertidumbre frente a la enfermedad, 445
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 450
 - caso clínico, 453c
 - crítica, 451
 - datos empíricos, 446
 - evolución, 451
 - fuentes teóricas, 446
 - fundamentos teóricos, 449
 - modelo, 449f
 - planteamiento lógico, 450
 - principales conceptos y definiciones, 447c
 - principales premisas, 448
 - resumen, 453
- de la intención terapéutica, 174-175
- de la interacción de la evaluación para la salud infantil, 20-21, 21f
- de la promoción de la salud para lactantes prematuros, 176
- de la redundancia, 174-175
- de la relación entre seres humanos, 19, 20f
- de la relatividad, 187
- de la salud como expansión de la conciencia, 357
- de la toma de decisiones en diálisis, 238
- de la transcendencia del yo, 461
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 464
 - caso clínico, 469c
 - crítica, 468
 - datos empíricos, 462
 - evolución, 467
 - fuentes teóricas, 461
 - fundamentos teóricos, 463, 465f
 - investigación, 466
 - planteamiento lógico, 464
 - principales conceptos y definiciones, 463c
 - principales premisas, 463
 - resumen, 469
- de la trayectoria de la enfermedad, 475
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 481
 - caso clínico, 483c
 - crítica, 482
 - datos empíricos, 477
 - estados de incertidumbre, 479t
 - evolución, 481
 - fuentes teóricas, 476
 - fundamentos teóricos, 480
 - planteamiento lógico, 481
 - principales conceptos y definiciones, 478c
 - principales premisas, 480
 - resumen, 483
- de la vulnerabilidad de los adolescentes a las conductas de riesgo, 238
- de las relaciones interpersonales, 12
- de las transiciones, 306
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 312
 - caso clínico, 314
 - crítica, 314
 - datos empíricos, 311

- de Meleis, 47
- evolución, 313
- fuentes teóricas, 309
- fundamentos teóricos, 312
- planteamiento lógico, 312
- principales conceptos y definiciones, 309
- principales premisas, 312
- resumen, 314
- teóricos, acreditaciones y antecedentes, 306
- de logro de objetivos. *Véase también* Teoría, de nivel medio, 213
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 219
 - acreditaciones, 213
 - caso clínico, 223
 - crítica, 222
 - datos empíricos, 215
 - evolución, 221
 - fuentes teóricas, 214
 - fundamentos teóricos, 217, 219f
 - hipótesis, 219c
 - planteamiento lógico, 218
 - principales conceptos y definiciones, 217
 - principales premisas, 217
 - proposiciones, 218c
 - resumen, 222
 - teoría de nivel medio de King, 216
 - tributo a Nightingale, 213
- de los seres humanos unitarios, 183
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 188
 - caso clínico, 193c
 - crítica, 192
 - datos empíricos, 184
 - evolución, 192
 - fuentes teóricas, 184
 - fundamentos teóricos, 186
 - homeodinámica, evolución de los principios, 187t
 - instrumentos de investigación y herramientas prácticas
 - derivadas de la ciencia, 190t-192t
 - planteamiento lógico, 186
 - principales conceptos y definiciones, 184c
 - principales premisas, 185
 - resumen, 193
- de modelos y modelado de roles, 394
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 402
 - caso clínico, 405c
 - crítica, 404
 - datos empíricos, 397
 - evolución, 404
 - fuentes teóricas, 396
 - fundamentos teóricos, 402
 - planteamiento lógico, 402
 - principales conceptos y definiciones, 400c
 - principales premisas, 402
 - resumen, 405
- de nivel medio. *Véase también* Teoría, de logro de objetivos, 40-42, 47, 221-222
 - aplicación, 574, 574f
 - bibliografía, 40-42
 - de la adaptación, 258
 - de la promoción de la salud para lactantes prematuros, 176
 - desarrollo, expansión, 573
 - enfermería forense, 41t
- definición, 36
- del aprendizaje social, 322
- del autocuidado, 205
- del bienestar, 238
- del caos, 84, 87, 448-449, 505
- del confort, 526
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 531
 - caso clínico, 534
 - crítica, 533
 - datos empíricos, 527
 - evolución, 532
 - fuentes teóricas, 527
 - fundamentos teóricos, 530
 - marco conceptual, 529f
 - planteamiento lógico, 530
 - principales conceptos y definiciones, 528
 - principales premisas, 529
 - resumen, 534
- del cuidado, 553
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 558
 - caritativo, 143
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 151
 - caso clínico, 146c
 - crítica, 153
 - datos empíricos, 145
 - evolución, 153
 - fuentes teóricas, 145
 - fundamentos teóricos, 150
 - planteamiento lógico, 150
 - principales conceptos y definiciones, 146c
 - principales premisas, 148
 - resumen, 154
- casos clínicos, 560
- crítica, 559
- datos empíricos, 554
- dependiente, 205
- evolución, 559
- fuentes teóricas, 554
- fundamentos teóricos, 557
- humano, 75
- planteamiento lógico, 558
- principales conceptos y definiciones, 556c
- principales premisas, 556
- transpersonal, 68
 - aplicación por la comunidad de enfermería, 75
 - caso clínico, 78c
 - crítica, 77
 - datos empíricos, 71
 - evolución, 76
 - fuentes teóricas, 70
 - fundamentos teóricos, 74
 - planteamiento lógico, 75
 - principales conceptos y definiciones, 72
 - principales premisas, 73
 - resumen, 78

Teoría (cont.)

- del déficit de autocuidado en enfermería, 198
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 206
 - caso clínico, 209
 - crítica, 207
 - datos empíricos, 201
 - evolución, 207
 - fuentes teóricas, 199
 - fundamentos teóricos, 205
 - planteamiento lógico, 205, 206f
 - principales conceptos y definiciones, 202, 202f
 - principales premisas, 204
 - resumen, 208
- del desarrollo
 - durante la vida, 462
 - humano, 370
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 380
 - caso clínico, 385c
 - conceptualización, 372
 - crítica, 382
 - datos empíricos, 373
 - fuentes teóricas, 371
 - fundamentos teóricos, 379
 - modelo de tutoría, 384
 - planteamiento lógico, 379
 - principales conceptos y definiciones, 375c
 - principales premisas, 377
 - resumen, 385
- del duelo disfuncional, 488
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 493
 - caso clínico, 497c
 - crítica, 495
 - datos empíricos, 491
 - evolución, 495
 - fuentes teóricas, 491
 - fundamentos teóricos, 493
 - planteamiento lógico, 493
 - principales conceptos y definiciones, 492c
 - principales premisas, 493
 - resumen, 497
- del estrés
 - del rol materno, 238
 - y el afrontamiento, 103-104
- del final tranquilo de la vida, 563
 - aceptación por la comunidad de enfermería, 566
 - caso clínico, 568c
 - crítica, 567
 - datos empíricos, 564
 - evolución, 567
 - fuentes teóricas, 564
 - fundamentos teóricos, 565
 - planteamiento lógico, 566
 - principales conceptos y definiciones, 565
 - principales premisas, 565
- del proceso de enfermería, 23, 277
- desarrollo, 36

- enunciados relacionados, 38
- holográfica, 86f, 87
- juicio, 32
- organización, 40
- relación interdependiente entre teoría e investigación, 6
- sociocultural, 94
- tecnológica, 94-95
- Teóricos de la enfermería
 - Abdellah, Faye Glenn, 15
 - Adam, Evelyn, 21
 - Barnard, Kathryn E., 20
 - con importancia histórica, 12
 - Hall, Lydia, 18
 - Henderson, Virginia, 14
 - Logan, Winifred W., 21
 - Pelletier, Ida Jean (Orlando), 23
 - Peplau, Hildegard E., 12
 - Roper, Nancy, 21
 - Tierney, Alison J., 21
 - Travelbee, Joyce, 19
 - Wiedenbach, Ernestine, 16
- Terapéutica de enfermería, 311
- Tesis, en la teoría del cuidado caritativo, 148
- Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 14
- The Canadian Nurse*, 18
- The Nature of Nursing*, 14
- The Nature of Nursing: Reflections After 25 Years*, 15
- Tiempo, concepto, 359
- Tierney, Alison J., 21
- Tipología(s), 36-37, 38t
 - de los síntomas, 447c
- To Be A Nurse*, 21
- Toma de decisiones
 - al final de la vida, 467, 564
 - método de resolución de problemas científico, 72
- Tomlin, Evelyn M. Véase también Teoría, de modelos y modelado de roles, 395
 - acreditaciones, 395
 - antecedentes, 395
- Tormenta de ideas, 478
- Törnebohm, Håkan, 145
- Trabajo, 478c
 - biográfico, 479
 - de mitigación de la incertidumbre, 478c, 479t
 - en la vida diaria, 478c
 - relacionado con la enfermedad, 478c
- Tranquilidad, 55c-56c
- Transcendencia, 377-378, 462, 527
 - del yo, 462, 463c, 465f
- Transformación, 377
 - de los cuidados, 298
- Transiciones
 - concepto, 307-308
 - condiciones, 310
 - experiencias, 309
 - ineficaces, 307

no saludables, 307
 patrones, 309
 tipos, 309
 Transustanciación, 374
 Trastorno(s). *Véase también* Trastorno(s), del estado de ánimo
 posparto, 277
 de conducta, 282
 de pánico de inicio en el posparto, 542
 del estado de ánimo posparto, 541c
 obsesivo-compulsivo posparto, 542
 por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), 258
 Tratamiento, 277
 Travelbee, Joyce, 19
 modelo de relación entre seres humanos, 19, 20f
 Trephotaxis, como enfermería, 511
 Tristeza
 de la maternidad, 541c
 posparto, 541
 Trofognosis, 172

U

Unicidad de la experiencia humana, 373
 Universalidad, 340, 348-349
 University Health Network, 385
 University of Colorado, escuela de enfermería, 68-69
 University of Michigan, escuela de enfermería, 403
 University of Michigan Medical Center, 395
 University of Pittsburgh Medical Center, 403
 University of Tennessee Medical Center, 403
 University of Texas, 403
 Universo
 de sistemas abiertos, 184, 185
 humano, 372, 374
 Usuario de símbolos, 200
 Utilitarismo, 415

V

Valoración, 375, 452
 Valores, 71t
 esenciales, 506c-507c
 Variables que intervienen, 528
 Ventilación, 55c-56c
 Verdad, 145-146, 374
 del momento, 374
 Vida. *Véase también* Persona(s)
 calidad, 564
 estrés, 541c
 océano de experiencia, 511-512
 proceso, integrado, 250
 satisfacción, 398
 significado, 355
 sufrimiento, 146c

VIH. *Véase* Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
 Vínculos, 37t, 39
 operativos, 39-40
 teóricos, 39
 Virtud de la curiosidad, 509
 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 361, 494
Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 573
 Visiting Nurse Association (VNA), 395-396
 VNA. *Véase* Visiting Nurse Association (VNA)
 Vocación, 128, 130
 von Wright, Georg, 145
 Vulnerabilidad, 463c, 464, 465f

W

Waerness, Kari, 124
 Walker, Susan, 321
 Watson, Jean, 554
 Watson, Margaret Jean Harman. *Véase también* Teoría, del cuidado,
 transpersonal, 68
 acreditaciones, 68
 antecedentes, 68
 Watson Caring Science Institute, 68
 Weber, Max, 128
 Webster, Denny, 505
 Western Commission of Higher Education in Nursing, conferencia, 6
 Whitehill, Irene, 512
 Wiedenbach, Ernestine, 16
 Clinical Nursing: A Helping Art, 16
 orientación, 16
 útil arte de la enfermería clínica, 16, 17f, 18f
 Wiener, Carolyn L. *Véase también* Teoría, de la trayectoria de la
 enfermedad, 475
 acreditaciones, 475
 antecedentes, 475
 Williams, Rachel, 59
 Wingren, Gustaf, 145
 World Psychiatric Association, 514
 Wrubel, Judith, 102-103

Y

Yo. *Véase también* Persona(s)
 autogenerador, 516
 cotidiano, 516
 en la teoría de logro de objetivos, 217
 muerte, 541c, 546
 pérdida, 541c
 profesional, 516
 pseudocotidiano, 507-508

Z

Zona intocable, 130



ELSEVIER

www.elsevier.es

ISBN 978-84-1382-299-0



9 788413 822990